

REGISTRO MÉDICO DURANTE LA CONSULTA AMBULATORIA VIRTUAL. UN
DESAFÍO PARA EL MÉDICO DE CABECERA A PARTIR DE LA PANDEMIA POR
COVID 19.

Investigador:

Dr. Eduardo Andrés Abbate

Instituto Universitario de Ciencias de la Salud “Fundación Héctor A. Barceló”

Facultad de Medicina

Especialidad en Medicina Legal

Director de Posgrado

Dr. Roberto Foyo

Coordinadora de la carrera

Dra. Paola Martín

Director del Trabajo Final Integrador:

Dr. Guillermo Motto

DICIEMBRE 2024

INDICE

INDICE.....	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	5
FUNDAMENTACIÓN	6
MARCO TEÓRICO	6
Estado del Arte.....	6
Desorden	9
Otras desventajas y riesgos	12
Registro Médico	14
Enfoque.....	18
DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	19
OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	20
Objetivo general.....	20
Objetivo específico	20
METODOLOGÍA.....	21
TIPO DE ESTUDIO.	21
MUESTRA	21
VARIABLES.....	22
RECOLECCIÓN DE DATOS.....	23
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN	31
Conclusión.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXO	50

ABSTRACT

Introducción: La comunicación virtual entre médicos de cabecera y pacientes ha aumentado significativamente, especialmente después de la pandemia de COVID-19, introduciendo tanto ventajas como riesgos. Las consultas médicas virtuales, realizadas comúnmente a través de aplicaciones de mensajería, correos electrónicos y llamadas, suelen carecer de una documentación exhaustiva, la cual es esencial para la seguridad del paciente y la protección legal del profesional.

Objetivos: Este estudio tiene como objetivo evaluar la adherencia de los médicos de cabecera en Argentina a documentar el registro médico luego de consultas virtuales de sus pacientes, identificando las barreras que impiden una documentación adecuada del acto médico.

Métodos: Con la finalidad de encarar un trabajo descriptivo y de observación transversal, durante el año 2023 se realizó una encuesta a un grupo de médicos de nueve especialidades del Área Metropolitana de Buenos Aires (muestra=76 participantes). Los datos se recopilaron mediante cuestionarios autoadministrados distribuidos a través de plataformas digitales, con el fin de analizar la adherencia de los profesionales a las prácticas de documentación y registro médico luego de las consultas médicas que realizan sus pacientes a través de plataformas virtuales. Paralelamente se analizaron los obstáculos encontrados.

Resultados: De los 76 encuestados, el 93,4% informó no documentar las consultas virtuales mediante un registro médico escrito. Asimismo, el 85,5% de los participantes también reconoció obstáculos para lograr concretar una documentación oportuna, y el 81,6% indicó no contar con ningún apoyo administrativo para gestionar las consultas virtuales. Las principales barreras identificadas incluyeron la falta de plataformas disponibles para concretar el registro (60%), las limitaciones de tiempo para documentar la atención (55,4%) o los desafíos de contar con varios sistemas diferentes de registro al mismo tiempo (30,8%).

Conclusión: Este estudio destaca una brecha crítica en la documentación y registro de las consultas virtuales entre los médicos de cabecera y sus pacientes, lo que puede aumentar los riesgos medicolegales y afectar la calidad de la atención al paciente. Los

hallazgos sugieren la necesidad de sistemas de historias clínicas digitales integrados que faciliten la documentación en tiempo real y el apoyo administrativo para asegurar un registro exhaustivo en entornos de atención virtual. La implementación de historias clínicas electrónicas con acceso remoto e infraestructura tecnológica de apoyo podría mejorar la adherencia a las prácticas de documentación, protegiendo tanto la práctica médica diaria como la seguridad del paciente. Asimismo, promover una cultura de registro y documentación entre los médicos de cabecera también puede ayudar respaldar una labor segura ante la frecuente consulta virtual de sus pacientes.

INTRODUCCIÓN

La comunicación virtual entre pacientes y médicos ha crecido exponencialmente durante la última década, y especialmente durante la pandemia por Covid 19. Los medios de comunicación virtual utilizados, como el mail, las aplicaciones de mensajería (ej. WhatsApp), las llamadas telefónicas y las video llamadas, presentan ventajas, así como desventajas y riesgos. Entre estos últimos cabe mencionar la dificultad que por distintos motivos puede presentar el médico de cabecera para concretar en tiempo y forma, el debido registro médico documental de tal consulta.

En efecto, hoy en día, y especialmente luego de la pandemia por Covid 19, gran parte de los pacientes que solicitan a su médico una vía de contacto virtual, no pertenecen necesariamente a un grupo de riesgo que necesite un seguimiento cercano o un contacto inmediato. Esta situación es dable por muchos motivos, entre los cuales cabe mencionar el avance de las tecnologías con expectativa de una rápida respuesta, la comodidad de los pacientes, la confianza en su médico y la predisposición y empatía del profesional en facilitar un medio electrónico de contacto. Si bien no existe una verdadera obligación profesional para generar un vínculo de comunicación virtual, la probable concepción social de la medicina como un bien de consumo, actualmente también puede sobreentender implícitamente tal nexos con el profesional. Esta situación se ha potenciado con la solicitud de prescripciones médicas, luego de ser promulgada tanto la Ley 27.553 de recetas digitales, como la *resolución 696/2020 MSAL* de recetas virtuales en contexto de pandemia de Covid 19.

De esta manera, la inmediatez, la imprevisibilidad y la alta frecuencia de los contactos virtuales, pueden atentar con la posibilidad que tenga el profesional para oportunamente plasmar el debido registro médico en una plataforma que cumpla con todos los requisitos de la Ley de Derechos del paciente, Consentimiento informado e Historia Clínica. Tal situación puede entonces fomentar el stress profesional con un consecuente y eventual aumento del riesgo médico legal al no concretarse un adecuado registro escrito de las consultas virtuales.

En este sentido, el presente trabajo realizó una pesquisa mediante la cual se pudo conocer dentro del ámbito y la población estudiados, en qué medida y de qué manera, los médicos de cabecera registran un acto médico luego de concretar una consulta virtual personalizada con sus pacientes.

FUNDAMENTACIÓN

El presente tema en discusión genera un desafío particular, toda vez que motiva la realización de una investigación a través de un trabajo observacional y descriptivo de campo sobre la temática presentada. El aporte que la presente investigación puede llevar a la comunidad Médico Legal, en primer lugar es tener un marco de referencia en tiempo y lugar sobre la utilización del registro documental que los médicos de cabecera realizan ante las frecuentes consultas virtuales de sus pacientes. En segundo lugar, puede sentar un precedente que motive ulteriores investigaciones con una diferente muestra y ámbito, también orientadas a monitorear y fomentar un correcto registro médico en todo tipo de atenciones, incluyendo aquellas virtuales, y siempre en afán de disminuir el riesgo Médico legal involucrado con la acción médica.

MARCO TEÓRICO

El marco teórico es una sección fundamental en cualquier investigación, ya que proporciona el contexto conceptual y teórico en el que se sitúa el estudio. Su propósito es sustentar la investigación, ofreciendo una base sobre la cual se desarrollan las hipótesis y se interpretan los resultados. En este sentido, el marco teórico no solo fundamenta la investigación, sino que también orienta el diseño metodológico y la interpretación de los resultados, proporcionando una guía que permite conectar la teoría con la práctica.

Estado del Arte

Para introducir el marco teórico del presente trabajo, intentaré describir el "*estado del arte*" respectivo al tema en discusión y análisis. En sí el "*estado de arte*" se refiere a una revisión actualizada de los avances, conocimientos y tendencias más recientes en un campo de estudio determinado. En general, al comenzar la redacción del marco teórico, el "estado del arte" permite contextualizar el trabajo de la investigación dentro de un panorama más amplio, describiendo lo que se ha investigado

previamente, cuáles son las principales teorías o modelos existentes, y qué vacíos o limitaciones presenta la literatura en relación al tema de estudio. Esto ayuda a justificar la relevancia de la investigación, mostrando cómo se diferencia o se alinea con estudios previos y cuál es su aporte potencial al campo.

El propósito de incluir el "estado del arte" en el marco teórico del tema es, en esencia, proporcionar una base sobre la cual se estructura esta investigación. Este análisis no solo intenta resumir investigaciones pasadas, sino que también procura organizar y comparar estudios relevantes, identifica patrones y controversias, y señala los desafíos o las áreas poco exploradas. Por tanto, el "estado del arte" no es solo un resumen, sino que intenta ser un análisis crítico que permita identificar el lugar que ocupa la investigación actual en el continuo de conocimiento y hacia dónde apunta el desarrollo futuro en el área.

Ahora bien, como antecedentes generales vinculados al tema de trabajo específicamente elegido en el presente trabajo, existen teorías, publicaciones y legislación que han aportado un marco teórico de valor, y constituyen así el estado de arte o de la cuestión en estudio.

Entonces, el "estado del arte" en el contexto de las consultas médicas virtuales en telemedicina abarca un análisis de la bibliografía actual que describe tanto las ventajas como las desventajas de este tipo de interacciones. Así pues, estas ventajas y desventajas se exponen a menudo en relación con aspectos como el impacto en la calidad de la atención, la aceptación tanto por parte de médicos como de pacientes, y las barreras tecnológicas y legales que afectan el uso generalizado de la telemedicina. Este análisis de fuentes puede permitir establecer un marco de referencia que resalta cómo se posiciona la presente investigación en relación con estos aspectos, justificando la necesidad de explorar, por ejemplo, el impacto específico en el registro documental de consultas virtuales

Entonces, entre las **ventajas** descriptas y reconocidas que tienen las vías virtuales de contacto entre un médico de cabecera y sus pacientes, brevemente se citan por ejemplo:

- **La posibilidad de un contacto directo con el profesional sin mediar pasos o agentes intermediarios:** Una de las principales ventajas de la comunicación virtual es la eliminación de barreras y pasos intermedios entre el paciente y su médico

de cabecera. Esta accesibilidad permite que el paciente contacte a su médico de forma inmediata, sin necesidad de programar citas presenciales o pasar por personal administrativo. El vínculo directo fomenta una relación más personalizada y cómoda, en la que el paciente puede transmitir sus preocupaciones de manera rápida y directa, fortaleciendo la confianza en el profesional y mejorando la percepción de accesibilidad en el cuidado de la salud.

- **La velocidad que implica un contacto electrónico de rápida lectura:**

Las plataformas de mensajería y correo electrónico permiten al médico y al paciente intercambiar información de forma inmediata y con mínima demora. En situaciones en las que una respuesta rápida puede ser crucial para el manejo de un síntoma o inquietud, esta inmediatez reduce la ansiedad del paciente y facilita una respuesta ágil. Para el médico, también es una ventaja, ya que puede evaluar el mensaje en tiempo real y priorizar la respuesta según la urgencia del caso, optimizando así su carga de trabajo.

- **Las facilidades que presentan dichas interfaces para el intercambio de texto, audio, video y archivos:**

Las aplicaciones de comunicación moderna permiten enviar una variedad de formatos de información, lo cual enriquece la interacción y facilita un análisis más completo del estado del paciente. Los pacientes pueden enviar textos detallados, archivos de audio o incluso videos que muestran síntomas o inquietudes, y los médicos pueden recibir y analizar documentos relevantes, como estudios o imágenes diagnósticas, de forma inmediata. Este intercambio multimodal permite un abordaje más completo, adaptable a las necesidades de cada consulta.

- **La posibilidad de orientación ante situaciones complejas, lo cual resulta en un manejo médico rápido y eficiente:**

Ante situaciones que requieran asesoramiento inmediato, la comunicación virtual facilita que el médico brinde una primera orientación de forma ágil. Este tipo de intervención temprana puede ser decisivo en casos donde se necesita orientación rápida, permitiendo al profesional tomar decisiones preliminares que podrían derivar en una consulta presencial si fuera necesario o en el monitoreo a distancia del paciente, garantizando una continuidad del cuidado efectiva.

- **La posibilidad de remitir recetas, órdenes médicas y resultados de estudios por vía virtual:** La digitalización de documentos clínicos permite a los médicos emitir recetas, órdenes para estudios médicos y otros documentos directamente al paciente o a una farmacia. Esto representa una comodidad significativa, ya que los pacientes no necesitan acudir personalmente para obtener estos documentos, y puede incluso facilitar el seguimiento de tratamientos en pacientes con movilidad limitada o aquellos que residen lejos de los centros de salud. La posibilidad de enviar estos documentos por medios digitales también agiliza el acceso a medicamentos o estudios diagnósticos necesarios.

- **La posibilidad de evitar visitas médicas presenciales para consultas menores o asuntos administrativos recurrentes (ej., renovación mensual de recetas):** La telemedicina permite que consultas de bajo riesgo o trámites repetitivos, como la renovación de recetas para tratamientos crónicos, se resuelvan sin necesidad de una visita presencial. Esto reduce la carga de trabajo del médico en el consultorio y permite a los pacientes gestionar sus tratamientos de manera más sencilla y rápida. Además, disminuye la exposición innecesaria en salas de espera, especialmente para personas que no requieren una revisión física, liberando el tiempo del profesional para consultas más complejas.

Ahora bien, una vez enumeradas las ventajas que puede aportar el contacto virtual entre el médico de cabecera y su paciente, es importante conocer cuáles son las **desventajas y los riesgos** que paralelamente pueden ocurrir.

En primer lugar, un punto de especial interés para los médicos de cabecera es la falta de orden que puede generarse al coordinar la recepción y respuesta de las consultas virtuales de sus pacientes.

Desorden

La creciente carga de trabajo virtual que enfrentan los médicos de cabecera atenta contra la posibilidad de sostener un trabajo ordenado y compatible con la

asistencia médica presencial en la que fueron formados. Este desorden no solo impacta la eficiencia de los servicios de salud, sino que se ha convertido en una causa importante de estrés físico y psíquico para los trabajadores en general, y los médicos no son la excepción. Este fenómeno se agrava cuando consideramos que la atención médica no es solo un conjunto de tareas impersonales, sino una obligación tácita basada en un vínculo médico-paciente que requiere atención, empatía y compromiso. La gestión del orden laboral vinculado a la comunicación médica virtual puede desempeñar un papel crucial en la disminución del estrés profesional relacionado con el trabajo, al organizar las tareas dentro de un marco previsible de modo, tiempo y lugar.

Concretamente, el desorden se suscita cuando el médico de cabecera recibe continuos o reiterados llamados, mensajes de texto o correos electrónicos con consultas y solicitudes en cualquier momento del día, lo que crea una constante interrupción en su flujo de trabajo. Esta situación se torna aún más compleja cuando el profesional debe responder a múltiples canales de comunicación de forma simultánea, generando una carga cognitiva adicional. Asimismo, la tarea de responder a estas consultas, mensajes y llamados virtuales, junto con la confección y emisión de recetas y órdenes médicas a través de estas plataformas, resulta imprevisible y desorganizada. Esta falta de estructura no solo aumenta la posibilidad de cometer errores en la atención, sino que también contribuye a un ambiente laboral más estresante. Establecer protocolos claros y horarios definidos para estas interacciones podría ayudar a mitigar estos problemas, permitiendo a los médicos centrarse en la calidad de la atención que brindan, en lugar de verse abrumados por la cantidad de tareas que deben gestionar de manera reactiva.

Así pues, existen **estrategias de trabajo** que pueden asistir al médico de cabecera en la organización de sus tareas en el ámbito virtual, lo que a su vez puede disminuir el estrés generado en el proceso. Entre estas estrategias se destacan:

Descentralizar el contacto médico personal:

Una forma efectiva de abordar el desorden es establecer nuevos canales de comunicación que sean ordenados y predecibles. Contar con casillas de mensajería específicas (como correos electrónicos o teléfonos) destinados exclusivamente para consultas de pacientes, separados del ámbito personal del médico, puede ser una

alternativa válida. Por ejemplo, la implementación de una segunda línea telefónica o una dirección de correo electrónico exclusiva para pacientes ayuda a crear un espacio delimitado que facilita la gestión de consultas. Además, contar con la colaboración de un asistente personal en el consultorio, como una secretaria o secretario, puede ser fundamental para ordenar y catalogar las solicitudes médicas virtuales. Esta persona puede actuar como un filtro que prioriza y organiza la información antes de que llegue al médico, reduciendo así la carga de trabajo y contribuyendo a un ambiente más estructurado.

Orientar y derivar a los pacientes a programas institucionales de medicación crónica:

Es importante mencionar que muchas instituciones de salud disponen de vías para la prescripción de medicamentos crónicos con intervalos prolongados (por ejemplo, de seis meses). Esta medida no solo genera comodidad tanto para el médico como para el paciente, sino que también reduce la necesidad de consultas mensuales, favoreciendo la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico. Facilitar el acceso a estos programas puede disminuir la carga sobre el médico, permitiéndole concentrarse en otros aspectos de su práctica.

Pautar previamente las condiciones de los contactos virtuales:

Aunque no es común la firma de un consentimiento informado que regule las condiciones de las consultas médicas virtuales, establecer un marco preestablecido es una buena práctica. Esto implica instruir a los pacientes sobre las expectativas de respuesta, los horarios de atención y las limitaciones del contacto virtual. Sin embargo, es crucial considerar la especialidad médica de cada profesional; en campos como la obstetricia o los cuidados paliativos, es comprensible que se requiera una atención más permeable a consultas virtuales, incluso fuera de las licencias personales previstas.

Respuestas automatizadas:

La tecnología ofrece herramientas útiles, como respuestas automatizadas, que pueden ser de gran ayuda en la comunicación médica virtual. Estas herramientas permiten crear respuestas estandarizadas que orientan o derivan a los pacientes en situaciones de urgencia o al solicitar renovaciones de recetas cuando el médico no está disponible. Además, las respuestas automatizadas pueden recordar al médico las condiciones previamente establecidas, como el horario de revisión de mensajes o el día designado para la confección de recetas. Existen varias aplicaciones gratuitas para la mensajería, como AutoResponder WA, WhatsAuto y WhatsApp Business, que pueden facilitar esta tarea.

Elección de pacientes:

En la medida de lo posible, es recomendable seleccionar a los pacientes que pueden acceder a los canales directos de contacto en telemedicina. Un grupo prioritario puede ser aquel de pacientes mayores o con enfermedades complejas que se encuentren en seguimiento domiciliario o que tengan dificultades para asistir a consultas presenciales. No obstante, es importante aclarar que el médico de cabecera no está obligado a proporcionar siempre un medio virtual de comunicación, especialmente si cuenta con la disponibilidad de atención presencial con o sin turno.

En conclusión, hemos analizado las consecuencias que puede generar la falta de orden en el trabajo vinculado a la comunicación y consultas virtuales entre el médico de cabecera y sus pacientes. También hemos propuesto varias sugerencias que pueden fomentar un trabajo más predecible y estructurado, lo que podría resultar en un menor impacto en la calidad del trabajo y el bienestar del profesional.

Otras desventajas y riesgos

Ahora bien, existe sin embargo otra serie de desventajas y riesgos inherentes a la comunicación virtual entre médico y paciente que han sido ampliamente descritos en la bibliografía. Estas desventajas pueden incluir:

Merma en las consultas presenciales:

Un aumento en el contacto médico virtual puede llevar a una disminución en las consultas presenciales, particularmente entre aquellos pacientes que, a pesar de tener la capacidad de acudir al consultorio, optan por resolver sus problemas de salud a través de plataformas digitales. Esta tendencia implica un control médico deficiente, lo que puede tener serias repercusiones en el cuidado de la salud de los pacientes. La falta de una evaluación física adecuada puede resultar en un asesoramiento inadecuado, lo que no solo pone en riesgo la salud del paciente, sino que también puede aumentar la carga de complicaciones futuras que podrían haberse evitado con una atención presencial. Además, la teleconsulta limita la capacidad del médico para realizar un examen físico completo, lo que puede retrasar un diagnóstico adecuado y, en consecuencia, el tratamiento oportuno.

Calidad de comunicación:

El ámbito de consulta médica tradicional en el que fuimos formados como médicos consideraba la visita presencial como la única opción viable. La comunicación en este contexto es, generalmente, de mayor calidad que en la virtualidad, ya que incluye la gestualidad y otros elementos no verbales que son fundamentales para establecer un clima de intercambio natural y empático con el paciente. La comunicación humana, que debe ser fluida y empática, se erige como una de las principales herramientas preventivas contra los conflictos medicolegales. De hecho, en una proporción significativa de litigios, los problemas de comunicación son un factor determinante en la génesis de los mismos. Estadísticamente, se ha demostrado que entre el 70% y el 80% de los eventos adversos en la práctica médica están relacionados con fallas en la comunicación. Por ello, incluso en el ámbito virtual, es esencial esforzarse por mantener un diálogo claro y abierto, sentando las bases para una relación médico-paciente sólida. Esto incluye la necesidad de explicar las expectativas en el contexto virtual, así como sus limitaciones, para evitar malentendidos que puedan derivar en conflictos.

Falta de confidencialidad y seguridad informática:

Otros riesgos asociados a la comunicación virtual incluyen la falta de seguridad informática y la confidencialidad que ofrecen las diversas plataformas electrónicas que no están diseñadas específicamente para este fin. Por ejemplo, la pérdida de un dispositivo, el robo de datos de un sitio web que carece de protección adecuada o la divulgación accidental de información en redes sociales son riesgos inherentes al intercambio de información en canales no controlados. La seguridad de la información médica es fundamental, y cualquier brecha en la confidencialidad puede tener consecuencias graves, tanto para la privacidad del paciente como para la responsabilidad del médico. Por lo tanto, es crucial que los profesionales de la salud implementen prácticas seguras y utilicen herramientas diseñadas específicamente para garantizar la protección de la información sensible en el contexto de la telemedicina.

Registro Médico

Ahora bien, resulta fundamental para este trabajo comprender cómo el auge de la comunicación virtual entre médicos y pacientes puede comprometer la precisión y exhaustividad de los registros médicos documentales. Este fenómeno se debe, en parte, a la naturaleza efímera de estos contactos virtuales, que a menudo carecen de la documentación necesaria para una historia clínica accesible y bien estructurada. La falta de un registro sistemático puede dificultar la continuidad de la atención y la evaluación de la calidad del cuidado proporcionado.

Es ampliamente reconocido que implementar un registro médico adecuado no solo reduce el riesgo de errores, sino que también mejora la seguridad del paciente y proporciona un respaldo esencial a la labor médica. Sin embargo, con el avance de la tecnología y la creciente adopción de consultas virtuales inmediatas, surgen riesgos significativos. La ausencia de un respaldo documental sólido puede dar lugar a incidentes y eventos con implicaciones medicolegal que no cuenten con la debida justificación o evidencia escrita, lo que puede resultar problemático en caso de disputas legales.

Desafortunadamente, la rapidez con la que avanza la tecnología en el ámbito de la comunicación no ha sido acompañada de una adaptación igualmente rápida de los recursos de los profesionales de la salud para el registro médico. Esto plantea un desafío considerable, ya que los médicos pueden encontrarse en situaciones donde las herramientas digitales disponibles no cumplan con los estándares requeridos para una documentación adecuada y precisa.

En este contexto, es crucial que los médicos sean conscientes de que los contenidos de la mensajería electrónica, como las comunicaciones a través de aplicaciones de mensajería (por ejemplo, WhatsApp) o correos electrónicos, pueden ser objeto de pericias informáticas y, eventualmente, pueden ser considerados como material documental en un litigio. La interpretación de este material puede respaldar o cuestionar la labor médica realizada por el profesional, dependiendo de la naturaleza de la comunicación y de cómo se haya documentado.

Por otro lado, aunque la comunicación virtual presenta ciertas desventajas en comparación con una historia clínica tradicional, también ofrece algunas ventajas. Por ejemplo, el uso del correo electrónico para la comunicación médica puede resultar más beneficioso en términos de documentación. Este medio permite la creación de registros escritos que pueden proteger jurídicamente a ambas partes, facilitando al paciente recordar las indicaciones del médico y permitiendo que el profesional conserve una copia del mensaje enviado. Sin embargo, también existen desventajas, como la dificultad en la identificación de los interlocutores, la falta de un orden en el registro y otros riesgos mencionados previamente, como fallas informáticas y problemas de confidencialidad.

El proceso para determinar la responsabilidad profesional en telemedicina sigue las mismas pautas que en la atención presencial, aunque demostrar dicha responsabilidad puede ser más complejo debido a la naturaleza intangible de las interacciones virtuales. Por ello, se hace necesario contar con un registro médico validado, práctico y eficiente que respalde la labor médica y minimice los riesgos medicolegales asociados con la telemedicina.

Para lograr esto, se puede llevar a cabo el registro médico en la historia clínica del consultorio, ya sea de forma manuscrita o informatizada, cuando se recibe un contacto virtual durante el horario de atención. Por otro lado, cuando se está fuera de

este ámbito, puede ser recomendable hacer el registro en una historia clínica informatizada con acceso remoto, garantizando así la continuidad en la atención y la trazabilidad de las comunicaciones.

La historia clínica, en cualquier formato, debe ser un documento médico obligatorio, organizado cronológicamente, foliado, completo y que registre de manera exhaustiva todas las acciones realizadas hacia el paciente, tanto por el profesional como por los auxiliares de la salud. Es vital asegurarse de que en las historias clínicas informatizadas se implementen las medidas necesarias para preservar la integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los actos contenidos, tal como establece el artículo 13° de la ley 26.529.

Las historias clínicas informatizadas ofrecen numerosas ventajas que deben ser consideradas.

- En primer lugar, permiten un acceso rápido y permanente a la información médica a través de diversas interfaces digitales, como teléfonos móviles y computadoras, lo que facilita al médico consultar la historia clínica y registrar datos en tiempo real, especialmente en plataformas que permiten acceso en línea.
- Además, la incorporación de imágenes digitales y la posibilidad de transportar la historia clínica en dispositivos de almacenamiento que el paciente puede conservar son aspectos destacados. Esto resulta útil, por ejemplo, cuando un paciente solicita una copia de su historia clínica para compartirla con otro profesional.
- La capacidad de intercambiar información con otros centros médicos en caso de necesitar una interconsulta es otra ventaja significativa de las historias clínicas informatizadas. Muchas de estas plataformas también incluyen herramientas de videoconsulta que permiten realizar teleconsultas de manera segura y eficiente, aumentando así la accesibilidad de la atención médica.
- Otro aspecto importante es la opción de contar con una firma médica digital, la cual garantiza la autenticidad y la identidad del profesional de la salud. En situaciones legales, esto evita la necesidad de un reconocimiento judicial de la firma y

proporciona una fecha cierta, asegurando la certeza e inalterabilidad cronológica en el registro.

- Además, una historia clínica informatizada facilita la reconstrucción de hechos y la determinación de causalidades eventuales, evitando correcciones o agregados que puedan comprometer el cumplimiento de requisitos formales, como la legibilidad del texto. También protege la historia clínica de medidas cautelares como un secuestro judicial, lo que es vital para salvaguardar la información del paciente.

Por lo tanto, desde una perspectiva medicolegal, es altamente recomendable contar con una historia clínica informatizada que brinde un respaldo adecuado y un registro médico que sea preciso y completo cada vez que el médico de cabecera reciba consultas a través de medios virtuales. Actualmente, existen en el mercado historias clínicas electrónicas que cumplen con los requisitos de la legislación vigente en materia de derechos del paciente y de firma digital. Es responsabilidad del profesional identificar las prácticas de telemedicina que se van a implementar, asegurarse de que los proveedores de estas plataformas digitales cuenten con las licencias necesarias, y seleccionar adecuadamente a sus pacientes para que ambos comprendan los términos de su interacción.

Ahora bien, en el desarrollo del marco teórico respecto a este trabajo es importante hacer algunas aclaraciones acerca de la información disponible en la literatura. La bibliografía actual sobre telemedicina presenta una visión amplia de sus características, tanto a nivel mundial como en contextos específicos. La mayoría de las publicaciones destacan las posibles ventajas de esta modalidad, así como sus desventajas, falencias y riesgos asociados. Sin embargo, es importante señalar que los desafíos de la telemedicina no son homogéneos y pueden variar significativamente entre diferentes regiones. En particular, las publicaciones más influyentes provienen de países pioneros en el ámbito de la telemedicina, como Estados Unidos y diversas naciones europeas.

En esos ámbitos, los principales escollos que enfrenta la telemedicina incluyen la limitación en el examen físico y el riesgo médico-legal que puede surgir de la falta de contacto físico, elemento crucial para generar empatía y confianza entre médico y

paciente. Además, se relata en riesgo de problemas contractuales relacionados con la habilitación profesional interestatal y los procesos de reembolso por las prácticas médicas. Asimismo, en esos países los servicios de telemedicina son muchas veces institucionales o algunas veces públicos, lo que sobreentiende la ayuda de sólidas plataformas que ayudan y garantizan el correcto e inmediato registro documental ante las consultas virtuales. Por otro lado, las teleconsultas son muchas veces regladas y preestablecidas con la ayuda de personal administrativo en los ámbitos de atención, por lo cual el registro documental está rápidamente disponible para el profesional médico luego del contacto virtual con su paciente.

Ahora bien, a diferencia de los entornos antes referidos, en Argentina naturalmente prevalece un modelo de atención más personalizado, informal y desestructurado, con las ventajas y desventajas que esto entiende. Es cierto que la cercanía a los médicos de cabecera es altamente valorada por los pacientes, lo que crea un escenario donde el contacto directo se convierte en un pilar fundamental de la atención médica. Sin embargo, esta característica cultural y estructural también plantea otros desafíos significativos para el registro documental adecuado de las consultas virtuales. Entonces, el contacto desregulado, impredecible e informal que los pacientes tienen con sus médicos por vías directas y personales, junto con la falta de una red de registro documental ubicua, accesible y eficiente, dificulta en nuestro medio que los médicos realicen un seguimiento y registro adecuado de las consultas realizadas.

Por estas razones, surge la inquietud de llevar a cabo un estudio descriptivo que evalúe la adherencia de los médicos de cabecera en Argentina al registro documental de las consultas virtuales. Se sospecha que existe un subregistro documental luego de las consultas virtuales, lo que podría tener implicaciones importantes tanto para la práctica médica como para la atención del paciente. Por lo tanto, este estudio busca identificar en nuestro medio las barreras en el proceso de registro, contribuyendo encontrar facilitadores que mejoren la calidad de la atención médica en el contexto de la telemedicina.

Enfoque

Arriba han sido expuestos los conceptos que aportan la teoría y la bibliografía actual, conformando así entonces el estado de arte y cuestión en estudio. **En referencia**

al enfoque tomado por el presente trabajo, la finalidad del mismo es poder aportar un panorama sobre la adhesión de los médicos de cabecera en nuestro medio, al registro documental luego de una consulta virtual con sus pacientes.

DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La formulación del problema que aborda este trabajo se puede resumir en el siguiente interrogante:

“¿Realizan los médicos de cabecera en nuestro medio, un registro médico documental correcto y suficiente luego de concretar una atención médica a través de una vía virtual?”

Esta pregunta refleja una inquietud fundamental en el contexto de la telemedicina, donde la interacción entre médico y paciente ha evolucionado significativamente en los últimos años. Como ya dijimos, con el auge de la atención médica virtual, se ha hecho crucial comprender la manera en que los médicos registran las consultas realizadas en este formato, dado que el registro adecuado es esencial para garantizar la continuidad del cuidado, la calidad del servicio y la sobre todo la protección medicolegal.

La hipótesis planteada surge de la observación de un posible subregistro documental médico en las consultas médicas virtuales, lo cual podría estar influenciado por diversas variables, como la falta de herramientas adecuadas para el registro, la resistencia a la adopción de nuevas tecnologías, o incluso la percepción de que la atención virtual es menos formal que la atención presencial.

Este problema tiene implicaciones significativas no solo para los médicos de cabecera, quienes son en buena medida responsables de la salud de sus pacientes, sino también para los propios pacientes, que dependen de la documentación precisa y accesible de sus historias clínicas. Un registro insuficiente puede resultar en errores médicos, malentendidos y falta de seguimiento en tratamientos, lo que podría comprometer la seguridad del paciente y la efectividad del tratamiento con implicancias medicolegales.

Por lo tanto, este estudio no solo busca responder a la pregunta planteada, sino también contribuir a la identificación de las barreras que enfrentan los médicos en el proceso de registro, así como las posibles soluciones que podrían implementarse para mejorar la situación. La investigación se fundamentará en una metodología que permitirá analizar los hábitos de registro de los médicos de cabecera en Argentina, y los resultados obtenidos serán comparados con la hipótesis inicial, ofreciendo una visión más clara y fundamentada sobre la situación actual del registro médico en el contexto de la telemedicina.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivo general

El objetivo general del trabajo es evaluar la adherencia de los médicos de cabecera a realizar el registro médico documental luego de evacuar consultas médicas virtuales de sus pacientes, especialmente mediante las plataformas de mensajería personal rápida. El objetivo general fue considerado en pos de aumentar la seguridad del proceso de atención y disminuir el riesgo médico legal de un eventual subregistro.

Objetivo específico

Un primer objetivo específico del trabajo es realizar una pesquisa (encuesta virtual) para **medir** la adherencia de los médicos de cabecera (muestra seleccionada) frente a las consultas virtuales de sus pacientes.

Un segundo objetivo específico es **indagar los motivos** que eventualmente impidan hacer el registro médico luego de la consulta virtual.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO.

El **tipo de estudio** elegido para este trabajo es un **estudio descriptivo de diseño transversal**, con la finalidad de ordenar los resultados de lo observado sobre los fenómenos o situación dada.

Veamos, en primer lugar, un diseño de estudio científico descriptivo y transversal se caracteriza por observar y describir variables en un momento específico sin intervenir o modificar el entorno. En este tipo de estudio, los datos se recogen en un solo punto en el tiempo, permitiendo evaluar la prevalencia o frecuencia de ciertas características o condiciones en una población. Así pues, este tipo de estudio es útil para identificar patrones o asociaciones en un momento determinado, aunque no establece causalidades entre los datos encontrados.

En concreto, aquí se estudió la adherencia al registro médico (historia clínica), que tienen los médicos de cabecera luego de evacuar consultas de sus pacientes a través de una vía de contacto personal virtual (generalmente plataforma telefónica de mensajería inmediata)

MUESTRA

El universo que contempla la muestra en este estudio se conforma por un grupo de médicos clínicos y de diversas especialidades, quienes ejercen su práctica profesional en el área metropolitana de Buenos Aires (AMBA) durante el año 2023. Esta región, que incluye la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y sus alrededores, representa un entorno urbano caracterizado por una alta densidad poblacional y una diversidad de servicios de salud.

Los médicos seleccionados para la muestra incluyen tanto a aquellos que han adoptado la telemedicina como una herramienta habitual en su práctica diaria, como a quienes han tenido un contacto más limitado con esta modalidad.

De esta manera, la intención del enfoque es permitir una comprensión más amplia de cómo se realiza el registro médico documental en consultas virtuales en nuestro entorno. Además, el análisis de las experiencias y percepciones de estos profesionales es fundamental para identificar patrones de comportamiento, así como las barreras y facilitadores que pueden influir en mejorar la calidad del registro médico. De este modo, se busca obtener una visión integral que contribuya al desarrollo de mejores prácticas en el ámbito de la telemedicina en Argentina.

VARIABLES

Según lo arriba mencionado, las encuestas ofrecidas al grupo de profesionales contactado apuntaron a obtener datos sobre la adherencia y condiciones con las que los médicos de cabecera registran en una historia clínica las consultas virtuales realizadas por sus pacientes. Entre las variables incluidas en la pesquisa se encuentran los siguientes ítems

- Especialidad médica
- Ámbito de trabajo (no excluyente): Hospital Público / Prepagas u Obras Sociales / Práctica Privada.
- ¿Cómo médico de referencia o cabecera recibe consultas médicas de sus pacientes a través de medios digitales (ej. WhatsApp, mail u otros)?
- ¿Completa un registro médico escrito luego de responder las consultas virtuales que le realizan sus pacientes?
- ¿Encuentra alguna limitación u obstáculo para poder completar un registro escrito al momento de las consultas virtuales que le realizan sus pacientes?
- Si respondió “Sí” diga:
 1. No tengo en donde registrar la consulta cuando el paciente me contacta en forma virtual

2. No tengo tiempo para registrar la consulta cuando el paciente me contacta en forma virtual
 3. Tengo diferentes plataformas de registro
- Cuenta con alguna ayuda para la recepción de los mensajes de sus pacientes
 1. Las recibe y ordena la secretaria/o
 2. Cuento con respuestas automatizadas
 3. No cuento con ayuda para la recepción de mensajes virtuales.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Para este propósito, se planificó un contacto directo con el grupo de médicos seleccionados como muestra, empleando medios electrónicos como correo electrónico y plataformas de mensajería instantánea (WhatsApp). Estos canales fueron elegidos por su eficacia para alcanzar a los profesionales en su entorno laboral o personal, maximizando así la tasa de respuesta. A través de estas vías, se les invitó a participar en el estudio mediante la cumplimentación de una encuesta estructurada en un documento de Google Docs, diseñado para facilitar la recolección de datos de forma remota y accesible.

La meta inicial fue obtener al menos 70 respuestas, asegurando una muestra representativa que permitiera realizar un análisis estadístico robusto y relevante sobre los hábitos y prácticas de registro médico en consultas virtuales. La encuesta incluyó preguntas clave orientadas a explorar aspectos específicos del registro documental en el contexto de la telemedicina, y su contenido completo se puede consultar en el anexo correspondiente

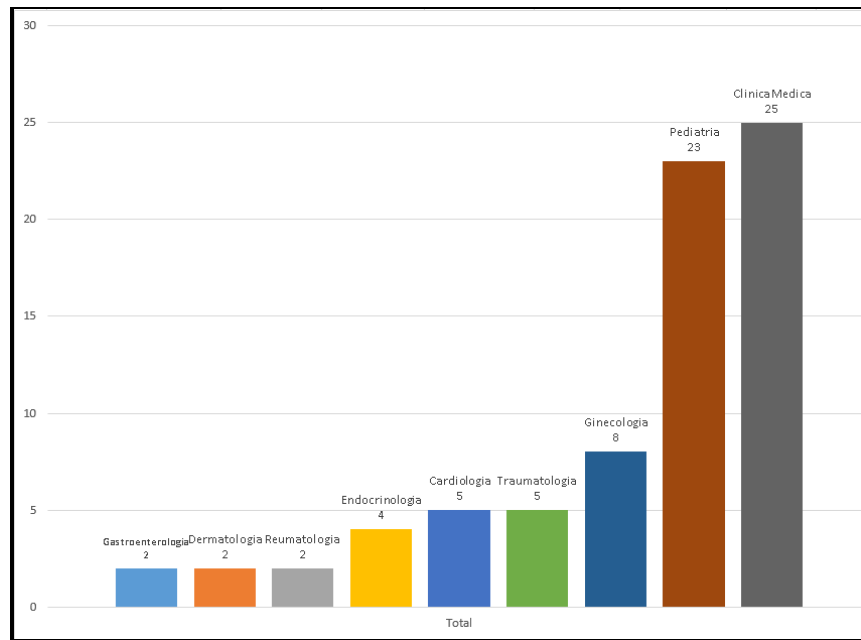
RESULTADOS

Luego de la encuesta ya descrita, se obtuvo respuesta de 76 profesionales. A continuación, se presentarán los datos y resultados obtenidos en dicha pesquisa, a través de los gráficos y tablas respectivas.

Especialidad Médica

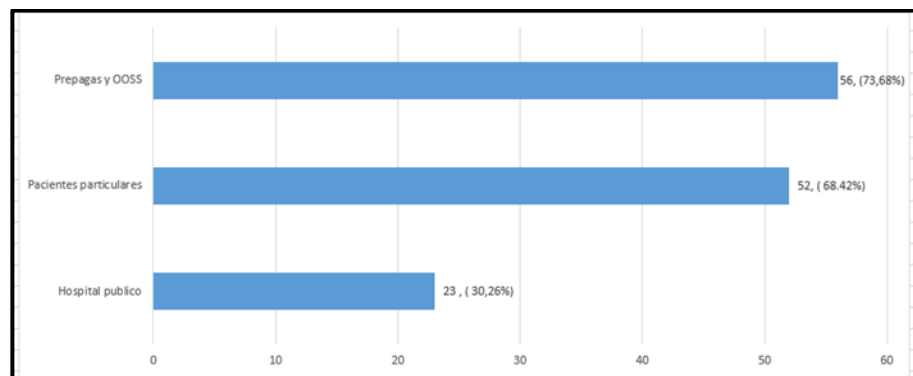
Especialidad Médica	
Gastroenterología	2
Dermatología	2
Reumatología	2
Endocrinología	4
Cardiología	5
Traumatología	5
Ginecología	8
Pediatría	23
Clinica Médica	25
TOTAL	76

Tabla 1. Distribución de las especialidades médicas involucradas en la pesquisa.



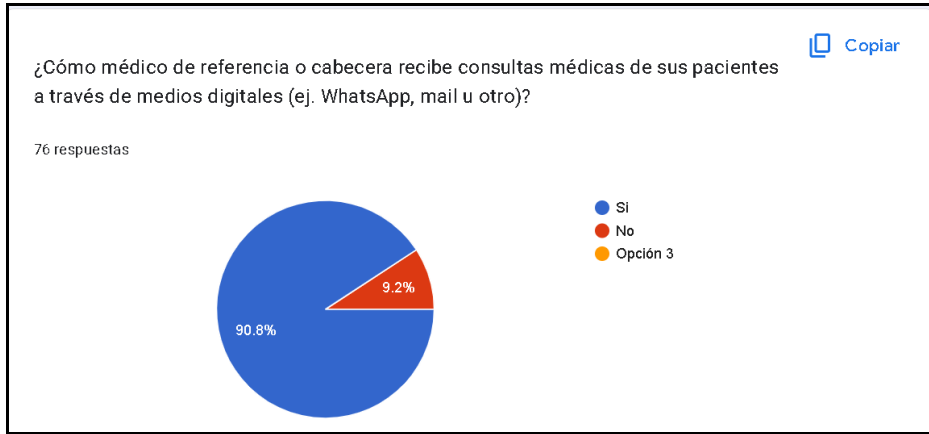
Cuadro 1. Distribución de las especialidades médicas involucradas en la pesquisa.

Ámbito de trabajo



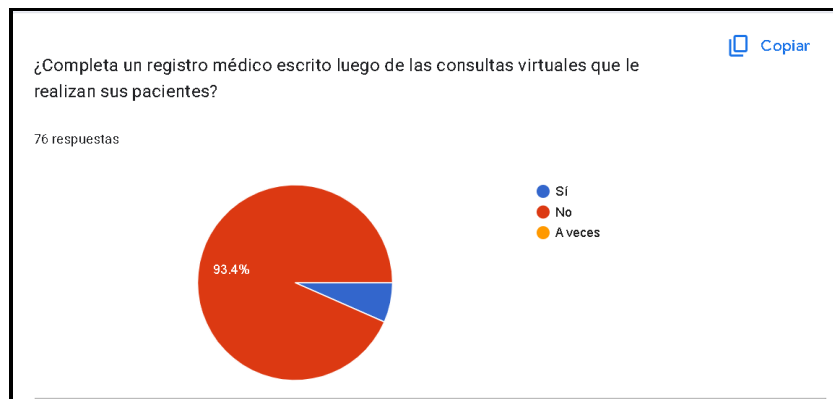
Cuadro 2. Distribución del ámbito de trabajo de los profesionales de la salud

¿Recepción de consultas médicas virtuales?



Cuadro 3. Recepción de las consultas virtuales

¿Completa un registro médico escrito luego de las consultas virtuales que le realizan sus pacientes?

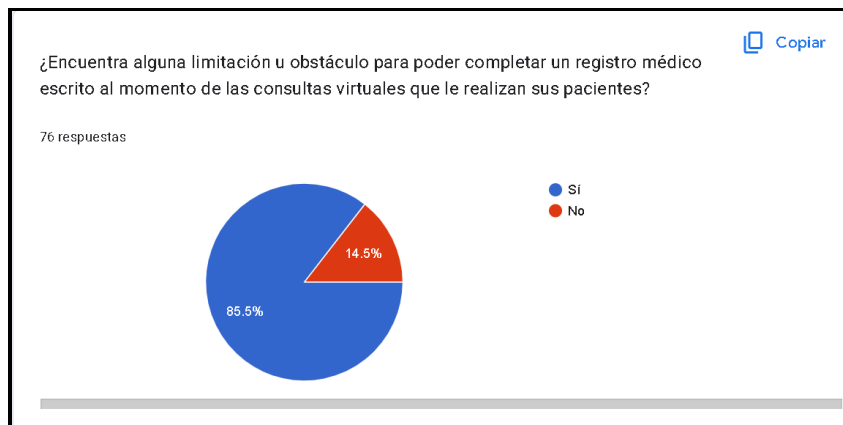


Cuadro 4. Registro médico escrito de las consultas virtuales.

Cuenta de ¿Completa un registro medico escrito luego de las consultas virtuales que le realizan sus pacientes?			
Etiquetas de fila	Etiquetas de columna		Total general
	No	si	
Cardiologia		5	5
Clinica Medica	22	3	25
Dermatologia	2		2
Endocrinologia	4		4
Gastroenterologia	2		2
Ginecologia	8		8
Pediatria	21	2	23
Reumatologia	2		2
Traumatologia	5		5
Total general		71	5

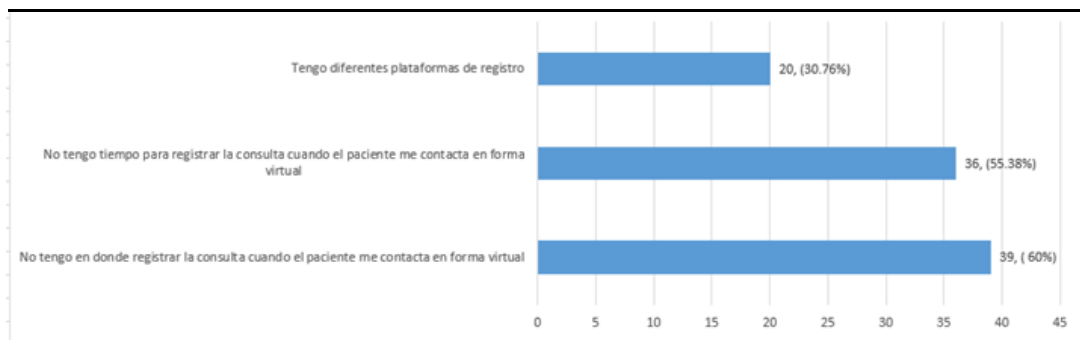
Tabla 2. Distribución del registro médico según la especialidad involucrada.

¿Encontró limitaciones en completar el registro médico?



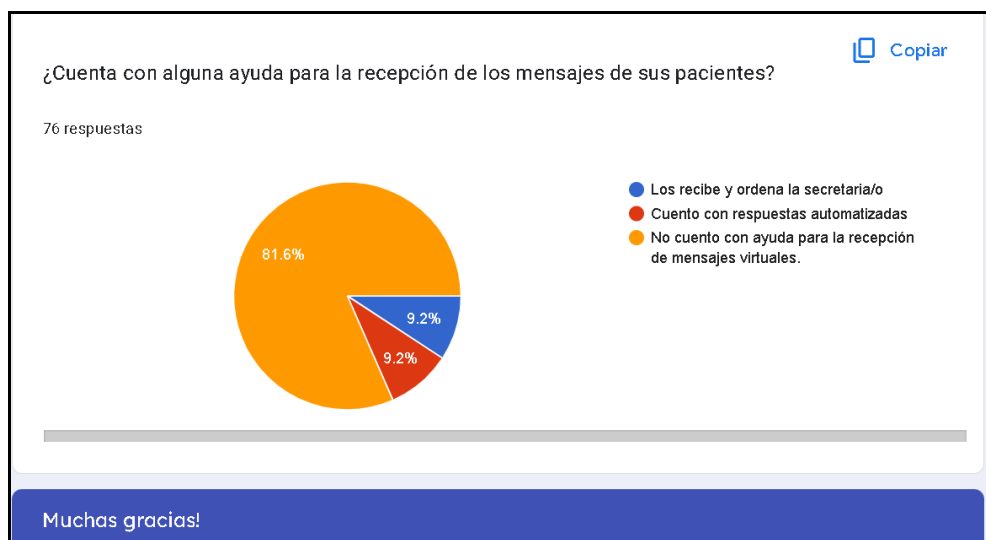
Cuadro 5. Limitaciones para realizar un registro médico

Tipo de limitaciones para completar el registro médico



Cuadro 6. Tipo de limitaciones para el registro.

¿Cuenta con ayuda para la recepción de consultas virtuales?



Cuadro 7. Ayuda para recepción de consultas virtuales.

Resumen de las principales características observadas en la población.

Como mencionamos al inicio, el presente es un estudio con diseño descriptivo y transversal, en donde se analizaron los datos sobre un total de **76** participantes, a partir de datos recopilados durante el año 2023. El objetivo principal del estudio fue evaluar y describir la adherencia de los médicos de cabecera a realizar un registro médico luego de evacuar consultas médicas virtuales de sus pacientes, especialmente mediante las plataformas de mail o mensajería rápida.

En referencia al ámbito de trabajo evaluado (opciones no excluyentes), se extrajo que, de los 76 profesionales consultados, 23 de ellos (30.26%) trabajaban en un hospital o centro de salud público, 56 (73.68%) trabajaban en empresas de medicina prepaga y obras sociales y 52 (68.42%) atendían en alguna ocasión pacientes particulares.

Especialidades médicas.

Del total de 76 profesionales médicos contactados, la población estudiada estuvo compuesta por nueve (9) especialidades médicas diferentes, a saber:

- Clínica Médica 25 profesionales (32.8%),
- Pediatría 23 profesionales (30.2%),
- Ginecología 8 profesionales (10.5%),
- Traumatología 5 profesionales (6.5%),
- Cardiología 5 profesionales (6.5%),
- Endocrinología 4 profesionales (5.2%),
- Reumatología 2 profesionales (2.6%),
- Dermatología 2 profesionales (2.6%),
- Gastroenterología 2 profesionales (2.6%).

Variables clínicas

En cuanto a las **variables clínicas** evaluadas, cuando se interrogó a los profesionales médicos sobre el **hábito de concretar un registro médico escrito luego de recibir consultas virtuales de sus pacientes**, se observó:

- el 93.4% de los profesionales encuestados NO hace un registro médico documental luego de las consultas virtuales.
- Sólo el 6.6% de los profesionales encuestados SÍ realiza un registro documental luego de las consultas médicas virtuales.

Como observación, el registro médico escrito confirmado estuvo a cargo de sólo 2 especialidades: Clínica Médica 3/25 (12%) y Pediatría 2/23 (8.6%).

Luego, una vez interrogados, **el 85.5% de los profesionales consultados reconoció tener algún obstáculo o limitación para poder implementar un registro médico escrito luego de las consultas virtuales de sus pacientes.** Entre las limitaciones referidas por los profesionales para poder plasmar un registro médico las respuestas fueron:

- 39 médicos (60%) respondieron no contar con una plataforma de registro disponible para plasmar la consulta virtual.
- 36 médicos (55.38%) mencionaron no tener tiempo para poder realizar un registro simultáneamente con el contacto del paciente.
- 20 médicos (30.76%) reconocieron como limitación tener más de una plataforma distinta para registrar las consultas (ej. historias clínicas de diferentes instituciones en donde atiende a su paciente).

Finalmente, como **última variable evaluada,**

- el 81.6% de los profesionales reconoció no contar con ninguna ayuda para la recepción de las consultas virtuales.
- el 9.2% de los profesionales mencionó tener un sistema de ayuda mediante respuestas automatizadas
- El 9.2% de los profesionales refirió contar con ayuda de la secretaria/o para la recepción, respuesta y orden de las respuestas a las consultas virtuales de sus pacientes.

Análisis preliminar de los resultados.

Luego de analizar los datos obtenidos en la encuesta remitida a médicos de cabecera, se observó que existe un muy bajo nivel de registro médico escrito luego de las consultas virtuales realizadas por sus pacientes. Asimismo, se identificaron distintas barreras para concretar un registro escrito como fueron: no contar con plataformas adecuadas para plasmar dicho registro médico, la falta de tiempo para tal menester o el obstáculo que genera contar con distintas herramientas de registro (ej. Historias clínicas de diferentes instituciones o consultorios) con el obstáculo de usar diferentes sistemas. Lo mencionado sugiere la necesidad de soluciones tecnológicas y organizativas para mejorar la adherencia de los médicos al registro, toda vez que esto último ayuda a reducir **el error profesional, respalda la labor médica y mejora la seguridad del paciente**. Este análisis podría guiar futuras intervenciones en la mejora de la documentación médica en entornos virtuales.

DISCUSIÓN

El estudio que hemos realizado refleja claramente la ausencia, dificultad y desafíos que enfrentan los médicos de cabecera de nuestro medio para registrar adecuadamente las consultas virtuales de sus pacientes. En un contexto donde la comunicación entre médico y paciente se ha visto transformada por la tecnología, especialmente con el auge de plataformas de mensajería como WhatsApp y el correo electrónico, surge una problemática clave: la falta de adherencia a un registro médico formal. Este fenómeno expone importantes riesgos tanto en términos de seguridad del paciente como de responsabilidad médica, dado que el respaldo documental en buena medida es crucial para evitar incidentes con implicancias médico-legales.

El presente estudio descriptivo transversal se diferencia de otros trabajos previamente realizados al centrarse puntualmente en la actitud de los médicos de cabecera en nuestro medio, respecto al registro documental de consultas médicas virtuales que reciben a través de sus teléfonos o correos electrónicos personales. A

diferencia de estudios anteriores, que se enfocan principalmente en las limitaciones del registro electrónico en el contexto de la atención médica presencial o en el uso de la telemedicina dentro de marcos institucionales, este trabajo analiza un contexto más informal y personal, acorde a una diferente idiosincrasia y relación de los pacientes con sus médicos de cabecera, tal como apreciamos que existe en Argentina. Mientras que los estudios previos suelen abordar la implementación de registros en consultas telefónicas realizadas desde el consultorio, donde hay acceso fácil y directo a la plataforma de registro documental institucional, nuestro estudio explora un escenario en el que los médicos no cuentan con esa accesibilidad inmediata y deben gestionar estas consultas fuera del ámbito institucional formal.

Principales Hallazgos y Barreras en el trabajo.

Los resultados obtenidos indican que una mayoría significativa de los profesionales encuestados (93.4%) no realiza ningún registro médico escrito después de las consultas virtuales, lo que sugiere una brecha importante en la documentación de este tipo de interacciones. Este dato es preocupante, especialmente porque el registro médico es esencial no solo para asegurar la continuidad y calidad del cuidado, sino también para proteger a los profesionales de posibles litigios.

Entre las barreras más comunes identificadas se destacan la falta de una plataforma de registro disponible (60%), la falta de tiempo (55.38%) y la existencia de múltiples plataformas de registro (30.76%). Estos obstáculos ponen de relieve una necesidad urgente de reformar y simplificar los sistemas de registro médico en el ámbito virtual. Es necesario que las plataformas tecnológicas de telemedicina ofrezcan una solución integral que permita una fácil transición entre los entornos de atención médica tradicional y virtual, garantizando la integridad y la inmediatez del registro.

Importancia de la Historia Clínica Informatizada

La implementación de historias clínicas informatizadas se presenta como una solución viable para superar algunas de estas barreras. Este tipo de registros no solo ofrecen acceso rápido y constante, sino que también permiten la incorporación de imágenes y otros datos importantes, mejorando la precisión del registro y facilitando la continuidad del cuidado en caso de interconsultas. Además, la utilización de la firma digital añade un nivel adicional de seguridad y autenticidad al proceso, asegurando que el registro sea inalterable y legalmente válido.

Implicancias Médico-Legales

Es fundamental destacar que, aunque los médicos puedan considerar las consultas virtuales como interacciones informales, estas tienen las mismas implicancias legales que una consulta presencial. Por tanto, la falta de un registro adecuado expone tanto al médico como al paciente a riesgos posibles. En caso de que surja una controversia legal, la capacidad de presentar un registro detallado y cronológico de las interacciones virtuales es vital para respaldar la práctica médica. En este sentido, el contenido de una plataforma de mensajería rápida como es el WhatsApp, no adhiere a los requisitos mandatorios de una correcta historia clínica informatizada.

El hecho de que un alto porcentaje de profesionales (85.5%) identifique obstáculos en el registro destaca la necesidad de reestructurar los flujos de trabajo y mejorar la integración de tecnologías que simplifiquen este proceso. La introducción de plataformas más intuitivas y flexibles, que puedan adaptarse tanto a los entornos de atención en consultorios como a la telemedicina, podría mejorar significativamente la adherencia al registro médico, reduciendo así el riesgo de errores y protegiendo tanto al paciente como al profesional.

Recomendaciones Futuras

A la luz de los resultados de este estudio, se plantean recomendaciones clave para fortalecer la práctica del registro médico en consultas virtuales, buscando optimizar tanto la precisión documental como la seguridad en el contexto de la telemedicina. Estas recomendaciones están orientadas a mejorar la adherencia al registro y reducir las barreras identificadas en el estudio.

1. Desarrollo de plataformas de registro integradas

La creación de sistemas que permitan a los médicos unificar los registros de consultas presenciales y virtuales en una sola plataforma accesible en tiempo real es esencial. Estas plataformas deben ser seguras, fáciles de usar, y adaptadas a las diferentes especialidades médicas para que el proceso de registro sea ágil y cumpla con los estándares de confidencialidad. Una plataforma integrada también permitiría una mayor continuidad en la atención, al concentrar en un solo lugar toda la información relevante sobre el paciente, lo que optimizaría la toma de decisiones clínicas.

2. Capacitación y concienciación

Es fundamental que los profesionales médicos reciban formación en el uso de herramientas digitales, junto con el desarrollo de una conciencia sobre la importancia de documentar todas las interacciones médicas, sin importar el medio utilizado. La capacitación debe incluir no solo el aspecto técnico, sino también los riesgos medicolegales asociados a la falta de registro adecuado, fortaleciendo así una cultura de registro clínico que contribuya tanto a la seguridad del paciente como a la protección profesional. Esta concienciación permitirá que los médicos integren el registro digital como una práctica cotidiana y esencial.

3. Facilitar el acceso remoto a la historia clínica

Proveer sistemas que permitan un acceso remoto rápido y seguro a la historia clínica desde cualquier dispositivo es clave para asegurar que los médicos puedan registrar cada consulta en tiempo real, incluso cuando se encuentran fuera del entorno del consultorio. Estos sistemas remotos deben cumplir con altos estándares de seguridad informática para garantizar la protección de la información del paciente y, al mismo tiempo, brindar la flexibilidad que el contexto virtual exige. Esto sería especialmente útil para aquellos médicos que alternan entre consultas presenciales y virtuales.

4. Incorporar soporte administrativo:

El apoyo administrativo en la recepción y organización de los mensajes virtuales podría ser de gran ayuda para los médicos. La asignación de un secretario o asistente que administre las consultas virtuales, clasifique los mensajes y organice las respuestas urgentes, o bien el uso de herramientas de respuestas automatizadas, liberaría tiempo valioso para que el médico pueda centrarse en el registro adecuado. Además, este soporte contribuiría a estructurar y organizar el flujo de consultas, disminuyendo así el riesgo de omisiones y optimizando la experiencia tanto del médico como del paciente.

Cumplimiento de objetivos

El presente estudio ha logrado cumplir con el objetivo principal propuesto inicialmente, que era evaluar y describir la adherencia de los médicos de cabecera en nuestro medio, a registrar las consultas virtuales realizadas por sus pacientes. A través de la recolección y análisis de datos de 76 profesionales, se ha podido identificar que la mayoría no lleva a cabo un registro escrito de estas consultas, así como las principales barreras que enfrentan para hacerlo. Además, se han obtenido datos relevantes sobre las especialidades médicas involucradas, los ámbitos de trabajo y las limitaciones tecnológicas y organizativas, proporcionando un panorama claro que puede servir como base para futuras intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia al registro médico en el contexto de la telemedicina.

Posibles limitaciones del estudio:

Si bien este estudio descriptivo y transversal proporciona una visión inicial valiosa sobre la adherencia de los médicos de cabecera al registro médico luego de las consultas virtuales en AMBA-Argentina, presenta ciertas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta. En primer lugar, el tamaño de la muestra (76 participantes) puede no ser representativo de la totalidad de los médicos que ejercen en resto del país o en otros contextos, lo que limita la generalización de los resultados. Además, al tratarse de un estudio transversal, los datos se recogen en un momento específico, por lo que no se puede establecer una relación causal entre las variables evaluadas.

Otro aspecto importante es la posible subjetividad de las respuestas, ya que los datos se obtuvieron mediante encuestas autoadministradas, lo que podría generar sesgos en la percepción de los propios médicos sobre su comportamiento en la práctica.

En otro orden, el estudio no consideró otras variables contextuales, como la infraestructura tecnológica disponible en los distintos ámbitos de trabajo o las políticas institucionales, que podrían influir en la adherencia al registro médico.

Finalmente, en mi trabajo final integrador se abordó la adherencia de los médicos de cabecera al registro médico documental tras las consultas virtuales con sus pacientes, destacando la importancia de esta práctica para la continuidad del cuidado y el respaldo medicolegal en la telemedicina. Sin embargo, es importante resaltar que una mayor proporción de los profesionales que respondieron la encuesta fueron médicos clínicos. Esta sobrerrepresentación puede estar vinculada a la especialidad del investigador (medicina interna), lo que posiblemente haya facilitado un mayor acceso a estos contactos.

Este sesgo en la muestra plantea una oportunidad para futuras investigaciones: una pesquisa que incluya de manera más equilibrada a otras especialidades podría ofrecer un panorama más completo y generalizable. Tal enfoque permitiría identificar si existen variaciones significativas en la adherencia y las barreras percibidas según la especialidad médica, revelando diferencias que pudieran enriquecer el análisis y orientar la implementación de estrategias específicas para mejorar el registro médico en un contexto de atención virtual.

CONCLUSIÓN

El avance de la tecnología ha transformado la medicina actual, muchas veces considerada como un bien de consumo, y ha impulsado la adopción de la telemedicina fomentando el uso de mensajería virtual para el contacto directo e inmediato entre pacientes y sus médicos de cabecera; especialmente después de la pandemia por Covid

19. Ahora bien, independientemente de las posibles ventajas, este progreso también plantea desafíos importantes. Así pues, este estudio descriptivo reveló que en nuestro medio existe una carencia importante en la adherencia al registro médico de consultas virtuales, lo cual representa un eventual riesgo tanto para la seguridad del paciente como para la responsabilidad profesional. Para mitigar estos desafíos, es crucial una mayor adherencia de los médicos al registro de las consultas virtuales, acompañada por la implementación de soluciones tecnológicas como historias clínicas informatizadas de rápido y fácil acceso. Paralelamente, una buena relación médico-paciente y la transparencia sobre las condiciones de trabajo que cada profesional dispone de antemano, junto con estrategias específicas de ayuda, también pueden ser claves para manejar de manera efectiva los posibles conflictos derivados de malentendidos al momento de acceder a este tipo de contacto virtual. La integración de estas soluciones puede procurar una atención médica de calidad, protegiendo tanto a los pacientes como a los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aspectos éticos y legales de la telemedicina en la era de COVID-19
Solimini R, Busardò FP, Gibelli F, Sirignano A, Ricci G. Ethical and Legal Challenges of Telemedicine in the Era of the COVID-19 Pandemic. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(12):1314. doi:10.3390/medicina57121314.
2. Gestión de riesgos medicolegales en salud digital
Oliva A, Grassi S, Vetrugno G, Rossi R, Della Morte G, Pinchi V, et al. Management of Medico-Legal Risks in Digital Health Era: A Scoping Review. *Front Public Health*. 2021;9:626076. doi:10.3389/fpubh.2021.626076
3. Telemedicina y problemas legales en ortopedia
Telegrafo M, Solarino B, Dell'Erba A, Bizzoca D, Moretti B. *Digital Health Care*,

Telemedicine, and Medicolegal Issues in Orthopedics: A Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(23):15653. doi:10.3390/ijerph192315653

4. Implicancias legales principales en telemedicina

Latifi R. Telemedicine, Telehealth, and Telepresence for Trauma and Emergency Care Management. In: *Telemedicine for Trauma, Emergencies, and Disaster Management*. Oxford University Press; 2021. Disponible en: <https://academic.oup.com/book/12095/chapter/161477870​>

5. Anthony B, Valdes K. Understanding telemedicine and its standards in the United States: impact of the COVID-19 pandemic on telemedicine adoption. *J Med Internet Res*. 2020;22(11) doi:10.2196/20839.

6. Verma S, Kerrison J, Foster C. The future of telemedicine in the UK National Health Service: lessons from the COVID-19 pandemic. *JMIR Public Health Surveill*. 2020;6(4) doi:10.2196/20653.

7. Kruse CS, Krowski N, Rodriguez B, Tran L, Vela J, Brooks M. Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. *BMJ Open*. 2017;7(8) doi:10.1136/bmjopen-2017-016242.

8. Weinstein RS, Lopez AM, Joseph BA, Erps KA, Holcomb M, Barker G, et al. Telemedicine, telehealth, and mobile health applications that work: opportunities and barriers. *Am J Med*. 2014;127(3):183-7. doi:10.1016/j.amjmed.2013.09.032.

9. Schwamm LH, Erskine A, Licurse A. A digital embrace to blunt the curve of COVID19 pandemic. *NPJ Digital Medicine*. 2020;3(1):64. doi:10.1038/s41746-020-0283-2.

10. Saeed SA, Johnson TL, Bagga M, Glass O. Telepsychiatry: overcoming barriers to implementation in psychiatry. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2017;19(3):17nr02117. doi:10.4088/PCC.17nr02117.

11. Dorsey ER, Topol EJ. Telemedicine 2020 and the next decade. *Lancet*. 2020;395(10227):859. doi:10.1016/S0140-6736(20)30424-4.

12. Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, Haydon H, Mehrotra A, Clemensen J, Caffery LJ. Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J Telemed Telecare*. 2020;26(5):309-13.doi:10.1177/1357633X20916567.

13. Kruse CS, Karem P, Shifflett K, Vegi L, Ravi K, Brooks M. Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review. *J Telemed Telecare*. 2018;24(1):4-12. doi:10.1177/1357633X16674087.
14. Chretien KC, Greysen SR, Chretien J, Kind T. Online Medical Professionalism: Patient and Public Relationships: Policy Statement from the American College of Physicians and the Federation of State Medical Boards. *Ann Intern Med*. 2013;158(8):620-7. doi:10.7326/0003-4819-158-8-201304160-00009.
15. Ventola CL. Social Media and Health Care Professionals: Benefits, Risks, and Best Practices. *P T*. 2014;39(7):491-520. .
16. Lantagne D, Rattenborg J, Bergsland J, Stovner L. The use of social media in the healthcare sector: A literature review. *Health Policy*. 2018;122(12):1407-1417. doi:10.1016/j.healthpol.2018.09.001.
17. Gunter R. Social Media in Health Care: Are We in Danger of Losing Control? *J Nurs Pract*. 2017;13(10):800-802. doi:10.1016/j.nurpra.2017.06.004.
18. Frey M, Zabriskie K, Doran E. A qualitative study exploring the use of social media by health care professionals in the management of mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2021;28(6):946-954. doi:10.1111/jpm.12709.
19. Moore S, Kauffman M. Utilizing Social Media to Engage Patients in Healthcare. *J Health Commun*. 2020;25(6):446-453. doi:10.1080/10810730.2020.1796415.
20. Brenner J, Smith A. 72% of online adults are social networking site users. Pew Research Center. 2013. Link.
21. Chowdhury R, Khan H, Druce M. Using WhatsApp for Medical Education. *J Med Internet Res*. 2015;17(3) doi:10.2196/jmir.4468.
23. Mars M, Scott RE. WhatsApp in Clinical Practice: A Literature Review. *Stud Health Technol Inform*. 2016;231:82-90. doi:10.3233/978-1-61499-712-2-82.
24. Masoni M, Guelfi MR. WhatsApp and Other Messaging Apps in Medicine: Opportunities and Risks. *Intern Emerg Med*. 2020;15(2):171-3. doi:10.1007/s11739-020-02292-5.
25. Astarcioğlu MA, Sen T, Kilit C, Durmus HI, Gozubuyuk G, Kalcik M, et al. Time-to-Reperfusion in STEMI Undergoing Interhospital Transfer Using Smartphone and

WhatsApp Messenger. *Am J Emerg Med.* 2015;33(10):1382-4.
doi:10.1016/j.ajem.2015.07.013.

26. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect.* 2018 Apr;21(2):429-440.
doi: 10.1111/hex.12640. PMID: 29151269.

27. Stoumpos AI, Kitsios F, Talias MA. Digital Transformation in Healthcare: Technology Acceptance and Its Applications. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Feb 15;20(4):3407. doi: 10.3390/ijerph20043407. PMID: 36834105.

28. Kaplan B. Revisiting health information technology ethical, legal, and social issues and evaluation: Telehealth/telemedicine and COVID-19. *Int J Med Inform.* 2020 Nov;143:104239. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2020.104239. PMID: 33152653.

29. Fadul N, Elsayem AF, Bruera E. Integration of palliative care into COVID-19 pandemic planning. *BMJ Support Palliat Care.* 2021 Mar;11(1):40-44. doi: 10.1136/bmjspcare-2020-002364. PMID: 32527790.

30. Zeng B, Bove R, Carini S, Lee JS, Pollak JP, Schleimer E, Sim I. Standardized integration of person-generated data into routine clinical care. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2022 Feb 10;10(2). doi: 10.2196/31048. PMID: 35142627.

32. Baron R, Haick H. Mobile Diagnostic Clinics. *ACS Sens.* 2024 Jun 28;9(6):2777-2792. doi: 10.1021/acssensors.4c00636. PMID: 38775426.

33. Shaffer KM, Turner KL, Siwik C, et al. Digital health and telehealth in cancer care: a scoping review of reviews. *Lancet Digit Health.* 2023 May;5(5) doi: 10.1016/S2589-7500(23)00049-3. PMID: 37100545.

35. Chike-Harris KE, Durham C, Logan A, et al. Integration of telehealth education into the health care provider curriculum: A review. *Telemed J E Health.* 2021 Feb;27(2):137-149. doi: 10.1089/tmj.2019.0261. PMID: 32250196.

36. Dulaimy K, Pham RH, Farag A. The impact of COVID on health systems: The workforce and telemedicine perspective. *Semin Ultrasound CT MR.* 2024 Aug;45(4):314-317. doi: 10.1053/j.sult.2024.03.002. PMID: 38527671.

37. Wang Y, Zhu M, Chen X, et al. The application of metaverse in healthcare. *Front Public Health*. 2024 Jul 29;12:1420367. doi: 10.3389/fpubh.2024.1420367. PMID: 39135928.
38. Donner CF, Raskin J, ZuWallack R, et al. Incorporating telemedicine into the integrated care of the COPD patient: a summary of an interdisciplinary workshop held in Stresa, Italy, 7-8 September 2017. *Respir Med*. 2018 Oct;143:91-102. doi: 10.1016/j.rmed.2018.09.003. PMID: 30261999.
39. Völkel N, Hubert GJ, Haberl RL. Telemedizin: „TEMPiS“-Netzwerk für Schlaganfallbehandlung in der Regelversorgung. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 2017 Feb;52(2):127-136. doi: 10.1055/s-0042-108417. PMID: 28222473.
40. Giansanti D, Maccioni G. Toward the integration of devices for pulmonary respiratory rehabilitation in telemedicine and e-health. *Telemed J E Health*. 2019 Mar;25(3):257-259. doi: 10.1089/tmj.2018.0057. PMID: 30040535.
41. Tsirintani M. Use of TAM Questionnaire for Telemedicine and IT Healthcare Systems. *Stud Health Technol Inform*. 2024 Aug 22;316:1189-1192. doi: 10.3233/SHTI240623. PMID: 39176594.
42. Fortney JC, Pyne JM, Turner EE, et al. Telepsychiatry integration of mental health services into rural primary care settings. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27(6):525-539. doi: 10.3109/09540261.2015.1085838. PMID: 26634618.
43. Odendaal WA, Anstey Watkins J, Leon N, Goudge J, Griffiths F, Tomlinson M, Daniels K. Health workers' perceptions and experiences of using mHealth technologies to deliver primary healthcare services: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Mar 26;3(3) doi: 10.1002/14651858.CD011942.pub2. PMID: 32216074.
45. Gomes J, Romão M. Information System Maturity Models in Healthcare. *J Med Syst*. 2018 Oct 16;42(12):235. doi: 10.1007/s10916-018-1097-0. PMID: 30327955.
46. Abdelghany IK, AlMatar R, Al-Haqan A, Abdullah I, Waheedi S. Exploring healthcare providers' perspectives on virtual care delivery: insights into telemedicine services. *BMC Health Serv Res*. 2024 Jan 2;24(1):1. doi: 10.1186/s12913-023-10244-w. PMID: 38169381.

47. Delir Haghghi P, Burstein F. Advances in E-Health and Mobile Health Monitoring. *Sensors (Basel)*. 2022 Nov 8;22(22):8621. doi: 10.3390/s22228621. PMID: 36433218.
48. Singla DR, Savel K, Dennis CL, Kim J, Silver RK, Vigod S, Dalfen A, Meltzer-Brody S. Scaling up Mental Healthcare for Perinatal Populations: Is Telemedicine the Answer? *Curr Psychiatry Rep*. 2022 Dec;24(12):881-887. doi: 10.1007/s11920-022-01389-2. Epub 2022 Nov 19. PMID: 36401679.
49. Berg WT, Goldstein M, Melnick AP, Rosenwaks Z. Clinical implications of telemedicine for providers and patients. *Fertil Steril*. 2020 Dec;114(6):1129-1134. doi: 10.1016/j.fertnstert.2020.10.048. PMID: 33280717.
50. Lindsay JA, Day SC, Amspoker AB, Fletcher TL, Hogan J, Day G, Helm A, Stanley MA, Martin LA. Personalized Implementation of Video Telehealth. *Psychiatr Clin North Am*. 2019 Dec;42(4):563-574. doi: 10.1016/j.psc.2019.08.001. Epub 2019 Oct 1. PMID: 31672207.
51. Sirintrapun SJ, Lopez AM. Telemedicine in Cancer Care. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2018 May 23;38:540-545. doi: 10.1200/EDBK_200141. PMID: 30231354.
52. Shirke MM, Shaikh SA, Harky A. Implications of Telemedicine in Oncology during the COVID-19 Pandemic. *Acta Biomed*. 2020 Sep 7;91(3) doi: 10.23750/abm.v91i3.9849. PMID: 32921719.
54. Lee JJ, English JC 3rd. Teledermatology: A Review and Update. *Am J Clin Dermatol*. 2018 Apr;19(2):253-260. doi: 10.1007/s40257-017-0317-6. PMID: 28871562.
55. Meyer BC, Demaerschalk BM. Telestroke network fundamentals. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2012 Oct;21(7):521-9. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.06.012. Epub 2012 Aug 11. PMID: 22885074.
56. Chirra M, Marsili L, Wattlely L, Sokol LL, Keeling E, Maule S, Sobrero G, Artusi CA, Romagnolo A, Zibetti M, Lopiano L, Espay AJ, Obeidat AZ, Merola A. Telemedicine in Neurological Disorders: Opportunities and Challenges. *Telemed J E Health*. 2019 Jul;25(7):541-550. doi: 10.1089/tmj.2018.0101. Epub 2018 Aug 23. PMID: 30136898.
57. Bergh B, Brandner A, Heiß J, Kutscha U, Merzweiler A, Pahontu R, Schreiweis B, Yüksekogul N, Bronsch T, Heinze O. [The role of Integrating the Healthcare Enterprise (IHE) in telemedicine]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung*

Gesundheitsschutz. 2015 Oct;58(10):1086-93. doi: 10.1007/s00103-015-2226-2. PMID: 26346898. Review. German.

58. Frost MJ, Tran JB, Khatun F, Friberg IK, Rodríguez DC. What Does It Take to Be an Effective National Steward of Digital Health Integration for Health Systems Strengthening in Low- and Middle-Income Countries? *Glob Health Sci Pract*. 2018 Oct 10;6(Suppl 1). doi: 10.9745/GHSP-D-18-00270. Print 2018 Oct 10. PMID: 30305336.

60. Madanian S, Parry DT, Airehrour D, Cherrington M. mHealth and big-data integration: promises for healthcare system in India. *BMJ Health Care Inform*. 2019 Sep;26(1) doi: 10.1136/bmjhci-2019-100071. PMID: 31488497.

62. Madanian S, Norris T, Parry D. Disaster eHealth: Scoping Review. *J Med Internet Res*. 2020 Oct 28;22(10). doi: 10.2196/18310. PMID: 33112244.

64. McMaster T, Mori K, Lee S, Manasa S, Stelmach W, To H. Innovations and Implementation of Telemedicine in Surgical Clinics Beyond COVID-19: A Narrative Review. *Telemed J E Health*. 2023 Jan;29(1):50-59. doi: 10.1089/tmj.2021.0409. Epub 2022 Jun 23. PMID: 35736794. Review.

65. Koh JH, Chong LCY, Koh GCH, Tyagi S. Telemedical Interventions for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Management: Umbrella Review. *J Med Internet Res*. 2023 Feb 16;25 doi: 10.2196/33185. PMID: 36795479.

67. Shahzad SK, Ahmed D, Naqvi MR, Mushtaq MT, Iqbal MW, Munir F. Ontology Driven Smart Health Service Integration. *Comput Methods Programs Biomed*. 2021 Aug;207:106146. doi: 10.1016/j.cmpb.2021.106146. Epub 2021 May 18. PMID: 34020375.

68. Omboni S, Tenti M. Telepharmacy for the management of cardiovascular patients in the community. *Trends Cardiovasc Med*. 2019 Feb;29(2):109-117. doi: 10.1016/j.tcm.2018.07.002. Epub 2018 Jul 12. PMID: 30037524. Review.

69. Pliakos I, Kefaliakos A, Kalokerinou A, Al-Fantel K, Mechili A, Diomidous M. m-Health: Integration of Mobile Phones and Applications for a Better Healthcare System. *Stud Health Technol Inform*. 2014;202:315. PMID: 25000083. Review.

70. Pagedar NA, Seaman AT. Rebuilding survivorship care during Covid-19. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2021 Jun;130(6):545-546. doi: 10.1177/0003489420966588. Epub 2020 Oct 21. PMID: 33084352.

71. Krittanawong C, Aydar M, Hassan Virk HU, Kumar A, Kaplin S, Guimaraes L, Wang Z, Halperin JL. Artificial Intelligence-Powered Blockchains for Cardiovascular Medicine. *Can J Cardiol*. 2022 Feb;38(2):185-195. doi: 10.1016/j.cjca.2021.11.011. Epub 2021 Nov 30. PMID: 34856332. Review.
72. Vesnic-Alujevic L, Breitegger M, Guimarães Pereira Â. 'Do-It-Yourself' Healthcare? Quality of Health and Healthcare Through Wearable Sensors. *Sci Eng Ethics*. 2018 Jun;24(3):887-904. doi: 10.1007/s11948-016-9771-4. Epub 2016 Mar 30. PMID: 27029478.
73. Cabrera MF, Arredondo MT, Quiroga J. Integration of telemedicine into emergency medical services. *J Telemed Telecare*. 2002;8 Suppl 2:12-4. doi: 10.1177/1357633X020080S206. PMID: 12217117.
74. Rizzato Lede DA, Pedernera FA, López E, Speranza CD, Guevel C, Maid JJ, Mac Culloch P, Rolandi F, Ayala F, Abadie DA, Baqué MI, Gassino F, Campos F, Kaminker D, Cejas CA, López Osornio A, Rubinstein A. Argentinian Digital Health Strategy. *Stud Health Technol Inform*. 2020 Jun 16;270:818-822. doi: 10.3233/SHTI200275. PMID: 32570496.
75. Shah AQ, Noronha N, Chin-See R, Hanna C, Kadri Z, Marwaha A, Rambharack N, Ng JY. The use and effects of telemedicine on complementary, alternative, and integrative medicine practices: a scoping review. *BMC Complement Med Ther*. 2023 Aug 2;23(1):275. doi: 10.1186/s12906-023-04100-x. PMID: 37533042. Free PMC article. Review.
76. Atreja A, Ootobo E, Ramireddy K, Deorocki A. Remote Patient Monitoring in IBD: Current State and Future Directions. *Curr Gastroenterol Rep*. 2018 Mar 7;20(2):6. doi: 10.1007/s11894-018-0611-3. PMID: 29516186. Review.
77. Vailati Riboni F, Comazzi B, Bercovitz K, Castelnuovo G, Molinari E, Pagnini F. Technologically-enhanced psychological interventions for older adults: a scoping review. *BMC Geriatr*. 2020 Jun 4;20(1):191. doi: 10.1186/s12877-020-01594-9. PMID: 32498708. Free PMC article. Review.
78. Udeh C, Udeh B, Rahman N, Canfield C, Campbell J, Hata JS. Telemedicine/Virtual ICU: Where Are We and Where Are We Going? *Methodist Debakey Cardiovasc J*. 2018 Apr-Jun;14(2):126-133. doi: 10.14797/mdcj-14-2-126. PMID: 29977469. Free PMC article. Review.

79. Lekárová M, Barešová Z, Světlák M, Slezáčková A, Malatincová T, Šumec R. eHealth in medicine and oncology - new horizons of clinical practice. *Klin Onkol*. 2021 Fall;34(5):366-373. doi: 10.48095/ccko2021366. PMID: 34702043. Review. English.
80. Chehade MJ, Yadav L, Kopansky-Giles D, Merolli M, Palmer E, Jayatilaka A, Slater H. Innovations to improve access to musculoskeletal care. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2020 Oct;34(5):101559. doi: 10.1016/j.berh.2020.101559. Epub 2020 Jul 24. PMID: 32718885. Review.
81. Deol N, Ferraro N. Telemedicine in OMFS: a literature review of its potential and future prospects. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2024 Feb;62(2):113-117. doi: 10.1016/j.bjoms.2023.11.003. Epub 2023 Nov 17. PMID: 38160080. Review.
82. van den Berg N, Schmidt S, Stentzel U, Mühlhan H, Hoffmann W. [The integration of telemedicine concepts in the regional care of rural areas: Possibilities, limitations, perspectives]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2015 Apr;58(4-5):367-373. doi: 10.1007/s00103-015-2134-5. PMID: 25698122. German.
83. Zuccotti G, Calcaterra V, Foppiani A. Present and future of telemedicine for pediatric care: an Italian regional experience. *Ital J Pediatr*. 2023 Jan 17;49(1):10. doi: 10.1186/s13052-023-01408-9. PMID: 36650538.
84. Fico G, Fioravanti A, Arredondo MT, Gorman J, Diazi C, Arcuri G, Conti C, Pirini G. Integration of Personalized Healthcare Pathways in an ICT Platform for Diabetes Managements: A Small-Scale Exploratory Study. *IEEE J Biomed Health Inform*. 2016 Jan;20(1):29-38. doi: 10.1109/JBHI.2014.2367863. Epub 2014 Nov 6. PMID: 25389246.
85. Nguyen HH, Silva JN. Use of smartphone technology in cardiology. *Trends Cardiovasc Med*. 2016 May;26(4):376-386. doi: 10.1016/j.tcm.2015.11.002. Epub 2015 Nov 19. PMID: 26686266. Review.
86. Milani RV, Bober RM, Lavie CJ. The Role of Technology in Chronic Disease Care. *Prog Cardiovasc Dis*. 2016 May-Jun;58(6):579-583. doi: 10.1016/j.pcad.2016.01.001. Epub 2016 Jan 7. PMID: 26772623. Review.

87. Tsirintani M. Web Quality Assurance of Information in Healthcare. *Stud Health Technol Inform.* 2022 Jun 29;295:442-445. doi: 10.3233/SHTI220760. PMID: 35773906.
88. Bagot KL, Cadilhac DA, Bladin CF, Watkins CL, Vu M, Donnan GA, Dewey HM, Emsley HCA, Davies DP, Day E, Ford GA, Price CI, May CR, McLoughlin ASR, Gibson JME, Lightbody CE; VST and ASTUTE investigators. Integrating acute stroke telemedicine consultations into specialists' usual practice: a qualitative analysis comparing the experience of Australia and the United Kingdom. *BMC Health Serv Res.* 2017 Nov 21;17(1):751. doi: 10.1186/s12913-017-2694-1. PMID: 29157233. Free PMC article.
89. Raoof SS, Durai MAS. A Comprehensive Review on Smart Health Care: Applications, Paradigms, and Challenges with Case Studies. *Contrast Media Mol Imaging.* 2022 Sep 29;2022:4822235. doi: 10.1155/2022/4822235. eCollection 2022. PMID: 36247859. Free PMC article. Review.
90. Block KI. Integrative Cancer Therapies: Learning From COVID-19. *Integr Cancer Ther.* 2020 Jan-Dec;19:1534735420932652. doi: 10.1177/1534735420932652. PMID: 32567371. Free PMC article.
91. Curioso WH, Coronel-Chucos LG, Henríquez-Suarez M. Integrating Telehealth for Strengthening Health Systems in the Context of the COVID-19 Pandemic: A Perspective from Peru. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 May 28;20(11):5980. doi: 10.3390/ijerph20115980. PMID: 37297584. Free PMC article. Review.
92. Yeramosu D, Kwok F, Kahn JM, Ray KN. Validation of use of billing codes for identifying telemedicine encounters in administrative data. *BMC Health Serv Res.* 2019 Dec 3;19(1):928. doi: 10.1186/s12913-019-4753-2. PMID: 31796039. Free PMC article.
93. Jose AP, Kaushik A, Tange H, van der Weijden T, Pandey N, Sharma A, Sheikh R, Ali N, Kushwaha S, Kondal D, Chaturvedi A, Prabhakaran D. Redesigning telemedicine: preliminary findings from an innovative assisted telemedicine healthcare model. *BMC Prim Care.* 2024 Oct 23;25(1):380. doi: 10.1186/s12875-024-02631-x. PMID: 39443848.
94. Panda N, Perez N, Tsangaris E, Edelen M, Pusic A, Zheng F, Haynes AB. Enhancing Patient-Centered Surgical Care With Mobile Health Technology. *J Surg*

Res. 2022 Jun;274:178-184. doi: 10.1016/j.jss.2022.01.005. Epub 2022 Feb 15. PMID: 35180494. Review.

95. Mehrotra S, Tripathi R. Recent developments in the use of smartphone interventions for mental health. *Curr Opin Psychiatry*. 2018 Sep;31(5):379-388. doi: 10.1097/YCO.0000000000000439. PMID: 29985179. Review.

96. Fanale CV, Demaerschalk BM. Telestroke network business model strategies. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2012 Oct;21(7):530-534. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.06.013. Epub 2012 Jul 20. PMID: 22819544. Review.

97. Huzooree G, Kumar Khedo K, Joonas N. Pervasive mobile healthcare systems for chronic disease monitoring. *Health Informatics J*. 2019 Jun;25(2):267-291. doi: 10.1177/1460458217704250. Epub 2017 May 2. PMID: 28464728. Free article.

98. Aguas M, Del Hoyo J, Faubel R, Nos P. Use of telemedicine in inflammatory bowel disease: a real monitoring option? *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016 Aug;10(8):879-881. doi: 10.1080/17474124.2016.1200464. Epub 2016 Jun 29. PMID: 27291621.

99. Heinzelmann PJ, Lugn NE, Kvedar JC. Telemedicine in the future. *J Telemed Telecare*. 2005;11(8):384-390. doi: 10.1177/1357633X0501100802. PMID: 16356311.

100. Chakraborty I, Edirippulige S, Vigneswara Ilavarasan P. The role of telehealth startups in healthcare service delivery: A systematic review. *Int J Med Inform*. 2023 Jun;174:105048. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2023.105048. Epub 2023 Mar 20. PMID: 36963322. Free article. Review.

101. Lokken TG, Blegen RN, Hoff MD, Demaerschalk BM. Overview for Implementation of Telemedicine Services in a Large Integrated Multispecialty Health Care System. *Telemed J E Health*. 2020 Apr;26(4):382-387. doi: 10.1089/tmj.2019.0079. Epub 2019 Aug 21. PMID: 31433261. Review.

102. Pop-Jordanova N, Loleski M, Loleska S. The Use of Smartphone in Medical Practice. *Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki)*. 2017 Dec 1;38(3):9-18. doi: 10.2478/prilozi-2018-0002. PMID: 29668483. Free article. Review.

103. AlQahtani SA. An Evaluation of e-Health Service Performance through the Integration of 5G IoT, Fog, and Cloud Computing. *Sensors (Basel)*. 2023 May 23;23(11):5006. doi: 10.3390/s23115006. PMID: 37299731. Free PMC article.
104. Vo A, Shore J, Waugh M, Doarn CR, Richardson J, Hathaway O, Bostick E, Lippolis S, Thomas M. Meaningful use: a national framework for integrated telemedicine. *Telemed J E Health*. 2015 May;21(5):355-363. doi: 10.1089/tmj.2014.0142. Epub 2015 Jan 30. PMID: 25636151. Review.
105. Milani RV, Franklin NC. The Role of Technology in Healthy Living Medicine. *Prog Cardiovasc Dis*. 2017 Mar-Apr;59(5):487-491. doi: 10.1016/j.pcad.2017.02.001. Epub 2017 Feb 11. PMID: 28189614. Free article. Review.
106. Alamri AF, Alomari FK, Danash AM, Aljoudi MT, Almasharqa AI, Almaslout AM, Alwhaibi RM, Hasan MM, Zaidi U. Perception of Healthcare Providers during the COVID-19 Pandemic: A Mixed Method Survey in an Integrated Healthcare Delivery System in Saudi Arabia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 12;19(24):16676. doi: 10.3390/ijerph192416676. PMID: 36554560. Free PMC article.
107. Inumpudi A, Srinivas M, Gupta DK. Telemedicine in pediatric surgery. *Pediatr Surg Int*. 2001 Jul;17(5-6):436-441. doi: 10.1007/s003830000528. PMID: 11527184. Review.
108. Cabrera Chien L, Uranga C, Katheria V. Telemedicine in geriatric oncology - lessons learned from the COVID-19 experience. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2024 Jun 1;18(2):100-105. doi: 10.1097/SPC.0000000000000697. Epub 2024 Apr 23. PMID: 38652459. Review.
109. Kyriacou E, Pavlopoulos S, Berler A, Neophytou M, Bourka A, Georgoulas A, Anagnostaki A, Karayiannis D, Schizas C, Pattichis C, Andreou A, Koutsouris D. Multi-purpose HealthCare Telemedicine Systems with mobile communication link support. *Biomed Eng Online*. 2003 Mar 24;2:7. doi: 10.1186/1475-925X-2-7. PMID: 12694629. Free PMC article.
110. Vanagas G, Engelbrecht R, Damaševičius R, Suomi R, Solanas A. eHealth Solutions for the Integrated Healthcare. *J Healthc Eng*. 2018 Jul 10;2018:3846892. doi: 10.1155/2018/3846892. eCollection 2018. PMID: 30123441. Free PMC article.

111. Orton M, Agarwal S, Muhoza P, Vasudevan L, Vu A. Strengthening Delivery of Health Services Using Digital Devices. *Glob Health Sci Pract*. 2018 Oct 10;6(Suppl 1) doi: 10.9745/GHSP-D-18-00229. Print 2018 Oct 10. PMID: 30305340. Free PMC article. Review.
113. Waugh M, Voyles D, Thomas MR. Telepsychiatry: Benefits and costs in a changing health-care environment. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27(6):558-568. doi: 10.3109/09540261.2015.1091291. Epub 2015 Nov 20. PMID: 26586193. Review.
114. Nilsen ER, Stendal K, Gullslett MK. Implementation of eHealth Technology in Community Health Care: the complexity of stakeholder involvement. *BMC Health Serv Res*. 2020 May 11;20(1):395. doi: 10.1186/s12913-020-05287-2. PMID: 32393265. Free PMC article. Review.
115. Manta O, Vasileiou N, Giannakopoulou O, Bromis K, Kouris I, Haritou M, Matsopoulos GK, Koutsouris DD. Enhancing Healthcare Through Telehealth Ecosystems: Impacts and Prospects. *Stud Health Technol Inform*. 2023 Oct 20;309:302-303. doi: 10.3233/SHTI230804. PMID: 37869865.
116. González López-Valcárcel B, Ortún V. [Rebuilding the healthcare system: governance, organization and digitalization. *SESPAS Report 2022*]. *Gac Sanit*. 2022;36 Suppl 1. doi: 10.1016/j.gaceta.2022.02.010. PMID: 35781148. Free article. Review. Spanish.
118. Davis GL, Boulger JG, Hovland JC, Hoven NT. The integration of a telemental health service into rural primary medical care. *J Agric Saf Health*. 2007 Jul;13(3):237-246. doi: 10.13031/2013.23349. PMID: 17892067.
119. Leung MST, Lin SG, Chow J, Harky A. COVID-19 and Oncology: Service transformation during pandemic. *Cancer Med*. 2020 Oct;9(19):7161-7171. doi: 10.1002/cam4.3384. Epub 2020 Aug 18. PMID: 32810386. Free PMC article.
120. Hilt RJ. Telemedicine for Child Collaborative or Integrated Care. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2017 Oct;26(4):637-645. doi: 10.1016/j.chc.2017.05.001. Epub 2017 Jun 29. PMID: 28916004. Review.
121. Wu KK, Lopez C, Nichols M. Virtual Visits in Prenatal Care: An Integrative Review. *J Midwifery Womens Health*. 2022 Jan;67(1):39-52. doi: 10.1111/jmwh.13284. Epub 2021 Nov 12. PMID: 34767317. Review.

122. Labrique A, Vasudevan L, Weiss W, Wilson K. Establishing Standards to Evaluate the Impact of Integrating Digital Health into Health Systems. *Glob Health Sci Pract.* 2018 Oct 10;6(Suppl 1) doi: 10.9745/GHSP-D-18-00230. Print 2018 Oct 10. PMID: 30305335. Free PMC article.
123. Buonanno P, Marra A, Iacovazzo C, Franco M, De Simone S. Telemedicine in Cancer Pain Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Pain Med.* 2023 Mar 1;24(3):226-233. doi: 10.1093/pm/pnac128. PMID: 36029255.
124. Tumuhimbise W, Theuring S, Kaggwa F, Atukunda EC, Rubaihayo J, Atwine D, Sekandi JN, Musiimenta A. Enhancing the implementation and integration of mHealth interventions in resource-limited settings: a scoping review. *Implement Sci.* 2024 Oct 14;19(1):72. doi: 10.1186/s13012-024-01400-9. PMID: 39402567. Free PMC article. Review.
125. Kouroubali A, Katehakis DG. Policy and Strategy for Interoperability of Digital Health in Europe. *Stud Health Technol Inform.* 2022 Jun 6;290:897-901. doi: 10.3233/SHTI220209. PMID: 35673148.
126. Zhu F, Li P, Xu H, Wang R. A Novel Lightweight Authentication Scheme for RFID-Based Healthcare Systems. *Sensors (Basel).* 2020 Aug 27;20(17):4846. doi: 10.3390/s20174846. PMID: 32867181. Free PMC article.

ANEXO

REGISTRO MÉDICO EN LA CONSULTA VIRTUAL

Dr. Eduardo Abbate - TIF Especialidad en Medicina Legal

**Indica que la pregunta es obligatoria*

1. Indique su especialidad medica *

2. Mencione su/sus ámbito/s de trabajo (señale todas las opciones necesarias) *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Hospital público
- Prepagas y obras sociales
- Pacientes particulares

3. ¿Cómo médico de referencia o cabecera recibe consultas médicas de sus pacientes a través de medios digitales (ej. WhatsApp, mail u otro)? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No
- Opción 3

4. ¿Completa un registro médico escrito luego de las consultas virtuales que le ^{*} realizan sus pacientes?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No
 A veces

5. ¿Encuentra alguna limitación u obstáculo para poder completar un registro ^{*} médico escrito al momento de las consultas virtuales que le realizan sus pacientes?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No *Ir a la pregunta 7*

Ir a la pregunta 7

6. **Respondió SI. Señale todas las opciones necesarias ^{*}**

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- No tengo en donde registrar la consulta cuando el paciente me contacta en forma virtual
 No tengo tiempo para registrar la consulta cuando el paciente me contacta en forma virtual
 Tengo diferentes plataformas de registro

7. ¿Cuenta con alguna ayuda para la recepción de los mensajes de sus pacientes? *

Marca solo un óvalo.

- Los recibe y ordena la secretaria/o
- Cuento con respuestas automatizadas
- No cuento con ayuda para la recepción de mensajes virtuales.

Muchas gracias!
