



Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



FORMACIÓN CONTINUADA - ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA

La incorporación de la atención telefónica a la oferta de atención primaria y sus efectos sobre la salud y la satisfacción de los pacientes: propuesta



J.M. Aranda-Lara^{a,*} y S. Martín- Acera^b

^a *Consejería de Salud y Familias, Delegación Territorial de Salud y Familias en Córdoba, Córdoba, España*

^b *Gerencia Regional del SACYL, Valladolid, España*

Recibido el 15 de marzo de 2021; aceptado el 30 de abril de 2021

Disponible en Internet el 18 de junio de 2021

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Consulta telefónica;
Implantación;
Evaluación;
Consulta no
presencial;
Satisfacción

KEYWORDS

Primary health care;
Telephone
consultation;
Implantation;
Evaluation;
Non-face-to-face
care;
Satisfaction

Resumen Se presenta una revisión, análisis y propuesta de implantación, desarrollo y evaluación de la atención telefónica en atención primaria, enfocada como una nueva modalidad de oferta que responda a exigencias normalizadas de seguridad, efectividad, eficiencia y equilibrio, no siempre fácil de alcanzar, entre los intereses de los usuarios y los profesionales.

© 2021 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Incorporation of telephone care into the provision of primary care and its effects on patient health and satisfaction: Proposal

Abstract We present a review, analysis and proposal for the implantation, development and evaluation of telephone attention in primary care, focused as a new modality of offer that responds to standardized requirements of safety, efficacy, efficiency and balance not always easy to achieve, between the interests of users and professionals.

© 2021 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las consultas no presenciales deben incorporarse a la oferta de servicios como una opción para apoyar los modelos de atención tradicionales, no para reemplazarlos^{1,2}.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josem.aranda.sspa@juntadeandalucia.es (J.M. Aranda-Lara).

En un entorno de escasez de recursos médicos y de enfermería, tanto en centros de salud como en hospitales rurales, las consultas telefónicas podrían ayudar a atender a más pacientes sin que, ni estos ni los profesionales, tengan que desplazarse de un área a otra³.

Independientemente de las circunstancias epidemiológicas actuales, se debe alentar y apoyar al personal sanitario en el uso de estas modalidades de oferta que permiten diversificar su práctica clínica y mejorar la accesibilidad a la atención, especialmente si pueden beneficiar a los pacientes, ahorrar recursos y ayudar a satisfacer sus demandas.

La pandemia por COVID-19 ha hecho que la consulta telefónica se haya extendido de forma muy rápida y generalizada en nuestro país, dada la prioridad de proteger del contagio a pacientes y sanitarios y frenar su extensión, siendo herramienta importante en los casos en los que el médico o el paciente se encuentren aislados por sospecha o contagio confirmado de coronavirus⁴.

No queda explicitado el posible impacto negativo sobre la atención a los problemas de salud habituales en las consultas pre-COVID-19 y menos aún, los excesos de mortalidad no explicados todavía, por todas las causas⁵ o por aquellas frecuentes en la morbilidad atendida en atención primaria como la enfermedad hipertensiva o la diabetes mellitus: entre un 37,1 y un 39,5%, respectivamente⁶.

Por todo ello, parece oportuno presentar una propuesta de estrategia de implantación vinculada coherentemente con las de desarrollo y evaluación.

Para lo cual, se harán algunas consideraciones extraídas de la bibliografía y se intentará responder a las siguientes preguntas clave:

- ¿En qué casos es más eficaz?
- ¿Cómo podemos garantizar la calidad y la seguridad de la atención?
- ¿Cuán aceptable es la atención telefónica prestada para profesionales y para pacientes?

Consideraciones previas

El objetivo de la modalidad de consulta telefónica, aún remota, se asimila al resto de formas de atención de la demanda, a saber: pertinencia de su uso y capacidad de resolución con garantías de seguridad y de resultados clínicos de calidad. Todo ello, sin impactar negativamente en que el paciente acuda al centro de salud cuando sea necesario, en un equilibrio evaluable entre los intereses legítimos del usuario de servicios y los de los profesionales que los prestan; a sabiendas de que la opción presencial es considerada el estándar oro por los pacientes⁷.

Sobre la eficiencia

Si bien, los pacientes y los médicos en general consideran la consulta telefónica satisfactoria y, parece ser eficiente en cuanto a tiempo, cuando se trata de seguimiento de enfermedades^{8,9}, la bibliografía identifica controversias sobre aspectos relevantes:

- Su contribución en el alcance de equilibrio entre demanda y oferta^{10,11}.

- El impacto en la reducción de la carga de trabajo para los médicos¹².
- La menor duración de la consulta¹³ y sus razones¹⁴: menor número y complejidad de problemas consultados, tiempo de exploración reducido y de discurso social y/o menor enfoque holístico y/ o en el que el paciente sea el centro de la prestación.
- La menor capacidad de resolución de los problemas agudos y el incremento secundario de posteriores consultas¹⁵, tanto nuevas como sucesivas.
- El desconocimiento de si el problema consultado ha sido resuelto satisfactoriamente por teléfono.
- La insuficientemente estudiada seguridad del triaje telefónico previo a la aceptación de la atención presencial y su impacto sobre la mortalidad y/o los ingresos hospitalarios¹⁶; además de la falta de evidencias de que su implantación reduzca los costes y el uso de la atención sanitaria¹⁷.

No obstante, parece demostrarse que muchos problemas, excepto los considerados graves por los pacientes¹⁸, pueden ser tratados a través del teléfono. Aunque la consulta a distancia se considera un recurso útil para mejorar la accesibilidad y ha demostrado que es capaz de resolver problemas de diferente índole y en distintos grupos de edad¹⁹, se plantean dudas sobre la adecuación de un único enfoque para dar respuesta a las solicitudes, expectativas y necesidades de todos los pacientes y, de que pueda constituirse en una panacea para controlar la demanda.

En conjunto, parece generar un aumento de la carga de trabajo de los médicos de familia, aunque deberá analizarse con mayor profundidad el impacto de la variabilidad de la práctica médica entre profesionales.

Sobre la calidad y la seguridad

La seguridad de la consulta telefónica es la preocupación más importante para el personal sanitario²⁰.

No es posible realizar una completa evaluación clínica por teléfono: la falta de señales visuales y la imposibilidad de examinar al paciente se constituyen en claras desventajas.

Por lo tanto, se requiere de una cuidadosa consideración por parte del personal de salud para garantizar la seguridad, adecuación y efectividad de la atención telefónica; cobrando especial importancia la revisión y documentación cuidadosas del historial clínico del paciente.

La pregunta: **¿es seguro atender de forma no presencial a este paciente?** se convierte en elemento clave y sería previa a la selección del tipo de atención que se requiere para cada individuo²¹.

Los profesionales sanitarios son conscientes de que siempre hay circunstancias en las que el paciente ha de ser atendido de forma presencial: bien por sus antecedentes, factores de riesgo, juicio clínico, como por sus características personales: nivel de comprensión y fiabilidad del sujeto.

Si, como parece indicar la bibliografía, las consultas telefónicas tienden a centrarse estrechamente en la presentación de síntomas y, los pacientes a menudo no son evaluados de manera exhaustiva, la frecuencia de efectos adversos sobre la seguridad, identificados en el ensayo STEEM¹⁶, se incrementará.

Tabla 1 Indicaciones y contraindicaciones de la consulta telefónica

Indicaciones	Contraindicaciones
• Bajo umbral de exigencia en el profesional sanitario para admitir una consulta presencial • Cuando el médico y el paciente se conocen. Especialmente cuando se consulta por un problema recurrente o por el seguimiento de un proceso ya diagnosticado, evitando el exceso de confianza «por familiaridad». • Uso mayor para: 1. seguimiento de un proceso ya diagnosticado. 2. afecciones de bajo riesgo o recurrentes. 3. asignación del tipo de dispositivo de atención a las urgencias/emergencias ante una demanda urgente. 4. comunicación de resultados de pruebas diagnósticas. 5. renovación de recetas. 6. intervenciones en promoción de salud y captación en programas preventivos (captación en programas de vacunas o de detección precoz, etc.). 7. resolver trámites burocráticos.	• Niños < 2 años, niños pequeños con una enfermedad aguda o incluidos en el registro de protección de la infancia. • Pacientes mayores con dificultad de expresión, comprensión y/o memorización. • Pacientes con problemas de audición, deterioro en el habla o deterioro cognitivo. • Idioma diferente. • Cuando hay un cambio de médico o se acude por primera vez a la consulta. • Uso menor para un nuevo diagnóstico y uso evitado ante mínima sospecha de problemas graves. • Cuando se consulta por cuestiones psicosociales complejas, problemas graves de salud mental o, por uso indebido de sustancias tóxicas. • Si han de comunicarse malas noticias o haya cuestiones éticas complejas. • Polifarmacia.

La pregunta clave debería operativizarse, por tanto, mediante el uso obligado de la historia clínica en todas las consultas y, el abordaje normalizado de, al menos, tres aspectos críticos:

- (1) La identificación con base en la evidencia de las contraindicaciones e indicaciones clínicas (tabla 1) para una consulta telefónica segura y efectiva²²⁻²⁵.
- (2) La puesta en marcha de instrumentos de mejora significativa de la información que han de aportar los pacientes¹⁸ y;
- (3) La capacitación del personal²⁶ con protocolos de manejo de diferentes escenarios y del tiempo, control de la variación injustificada del comportamiento al teléfono²⁷ y un mayor conocimiento de las técnicas de comunicación efectiva²⁸ que generen confianza, muestren seriedad y profesionalidad, ofrezcan credibilidad y una escucha activa.

Sería relevante disponer de instrucciones que ayuden al paciente a preparar la consulta con antelación (para la obtención de información significativa) y, muy importante realizar una rigurosa evaluación periódica, que incluya todos los aspectos mencionados.

La consulta telefónica es una opción técnica contraria a la improvisación, cuya adecuación ha de ser un ejercicio de evaluación individualizada, incluso, reiterada²⁹, para cada paciente; que requiere de su consentimiento explícito, que se base en el uso de protocolos escritos o normas acordadas³⁰ y que se apoye en aspectos éticos³¹, en la disponibilidad de un adecuado soporte tecnológico y en algunas consideraciones básicas sobre el proceso asistencial:

- (a) En que la necesidad clínica del paciente y/o la solicitud de tratamiento sean sencillas y, además, se disponga de acceso a su historial clínico.
- (b) En que no sea imprescindible examinar al paciente y, además, se le pueda dar toda la información, que requiera y necesite, sobre las diferentes opciones de tratamiento.
- (c) En que se disponga de una agenda digital accesible que permita la petición de cita *on-line*, sin demoras y que sea de fácil acceso.
- (d) Si se requiere la prescripción de medicamentos, será obligada la existencia de un sistema seguro.

Atentaría al criterio de seguridad que, no siendo el médico habitual del paciente y/o no se disponga de su consentimiento para compartir su información, no se realice una consulta presencial; especialmente, si el paciente tiene problemas clínicos complejos o requiere algún tratamiento de alto riesgo.

Asimismo, atendería al criterio de confidencialidad que el personal sanitario no compruebe que la persona que vaya a hacer una consulta telefónica sea quien dice ser³², aún a sabiendas del importante aumento de la carga de trabajo que ello supone.

Luego, para asegurar la confidencialidad en las consultas telefónicas, cada centro debe establecer normas o reglas concretas que regulen la transmisión de información por teléfono, siendo el sistema más seguro y que menor tiempo consume el uso de una contraseña dada por el paciente, que esté recogida en su historia clínica y, preguntar por ella al inicio de la consulta³³.

Una guía útil para un correcto desarrollo de la consulta telefónica podría estar basada en principios (tabla 2) y métodos que respondan a la estandarización del «cómo» ha de desarrollarse (tabla 3).

Tabla 2 Consulta telefónica. Principios

Que garanticen la confidencialidad	Que garanticen la seguridad y la calidad
■ Verifique la identidad del paciente. Si no lo conoce, pídale que confirme su nombre, fecha de nacimiento y documento nacional de identidad (DNI). O bien, establezca un sistema de contraseña con el paciente. ■ Es importante hablar directamente con el paciente siempre que sea posible (incluido un niño, si tiene la edad suficiente). Solo comparta información con un tercero si lo autoriza el paciente. Documente en la historia clínica cuando la consulta se hace con un tercero. ■ Verifique que el paciente está en un lugar adecuado para hablar: un espacio privado, tranquilo y si puede escucharlo bien. ■ Informe al paciente previamente si se va a grabar la consulta.	■ La primera prioridad para el profesional debe ser la seguridad del paciente: pasar a la consulta presencial si considera que no existen garantías para el paciente. ■ Si necesita más tiempo o necesidad de consultar algo, antes de cerrar: concierte otra llamada. ■ Identifique a los pacientes vulnerables y tome las medidas adecuadas para protegerlos. ■ Asegúrese de que el paciente tiene capacidad (entiende y se hace entender). ■ En ausencia de otras señales, el tono y el contenido del discurso son importantes. ■ Realice una evaluación clínica adecuada, acceda a los registros médicos y verifique la información importante mediante exámenes o pruebas cuando sea necesario, huyendo de practicar la técnica ensayo-error para llegar al diagnóstico y tratamiento idóneo. ■ Proporcione información sobre el problema de una forma comprensible y sencilla. ■ Tome las medidas necesarias para garantizar el cuidado posterior compartiendo toda la información pertinente con otros profesionales del centro de salud (enfermería, trabajo social). ■ Registre en la historia clínica toda la información importante relacionada con la consulta de forma clara para que pueda ser consultada por el paciente cuando necesite revisar las indicaciones dadas por su médico. ■ Proporcione una red de seguridad explícita: solicite al paciente que vuelva a llamar si tiene alguna inquietud, si los síntomas se desarrollan o empeoran, o si no mejoran según lo previsto. ■ Si el profesional o el paciente/cuidador creen que la consulta telefónica no es segura o si no se puede estar seguro sobre el diagnóstico, se debe dar una cita a la consulta presencial o hacer una visita a domicilio al paciente. ■ Debe existir un mecanismo claro y fácil que el paciente puedan usar si considera necesario ser atendido de forma presencial.

Sería relevante disponer y utilizar rutinariamente una *check-list*, que permita monitorizar las tareas de planificación e implementación de la consulta telefónica en atención primaria ([Anexo I](#)) y, como se insistió previamente, tener y utilizar instrumentos que faciliten la preparación de los pacientes para afrontar la consulta telefónica de forma adecuada ([Anexo II](#)).

Desarrollo de la consulta no presencial

Es obligado resaltar que implantación, desarrollo y evaluación son un todo, un continuo necesario y como tal ha de aplicarse en las propuestas sobre la consulta telefónica.

Investigadores como O'Cathail² (2020) y Greenhalg¹ (2018) afirmaban, antes de la aparición de la pandemia de COVID-19, que las consultas no presenciales en atención primaria deben incorporarse a la oferta de servicios como una opción para apoyar los modelos de atención tradicionales, no para para reemplazarlos.

La predominancia en la oferta de las consultas telefónicas durante la pandemia, siendo muy importante, justifica

la necesidad de una reflexión sobre la lógica, estrategias y consecuencias de su implantación y evolución posterior.

La situación de partida actual, con un uso cuasi generalizado de triajes telefónicos, no presenciales, de las demandas de atención por parte de los pacientes, hace interesante abordar la estrategia de desarrollo de la consulta telefónica en atención primaria con una perspectiva racional que controle sesgos de interés de profesionales o usuarios en función de los criterios relevantes de seguridad, efectividad y respeto de derechos, mencionados en el primer artículo de esta serie.

Donde había un formato de atención predominantemente presencial, fuese programado, urgente o a demanda; la COVID-19 y la implantación de medidas de control de la transmisión y de protección de las personas, ha supuesto la extendida creación de un mecanismo de filtro telefónico para la clasificación de las demandas y de sus diferentes formas de atención, básicamente presencial o no presencial (mayoritariamente telefónica), o bien, la derivación a enfermería o a una consulta hospitalaria. Estas diferentes formas de atención se presentan en distribuciones variables y en un rango tan amplio, especialmente con un límite inferior

Tabla 3 «Cómo» realizar la consulta telefónica

Antes de realizar la llamada	• Abra la historia clínica del paciente. • Revise su última consulta. • Verifique si ha acudido a urgencias, si ha asistido a una consulta hospitalaria o si ha necesitado un ingreso hospitalario desde la última consulta. • Realice la consulta telefónica en una habitación tranquila, en un teléfono de línea fija y con auriculares de alta calidad para liberar las manos para tomar notas y acceder a recursos que pueden respaldar su toma de decisiones y acciones de seguimiento.
Al principio de la consulta	• Comience presentándose y diciendo desde dónde llama. • Verifique la identidad del paciente. • Pregúntele si se encuentra en un espacio privado y tranquilo, si puede oírle y entenderle y si es un momento conveniente para hablar. • Pregunte si está en la cama o levantado.
Durante la entrevista clínica, diagnóstico y tratamiento	• Al hacer los registros en la Hª clínica, tenga muy en cuenta que el paciente lo debe entender si accede a ella. • Al recopilar información sobre el problema de salud de la persona que llama, haga preguntas cerradas y algunas abiertas que le permitan al paciente explicar su problema. • Asegúrese de que con la información obtenida puede estar en condiciones de alcanzar un buen juicio clínico. • Acuerde un plan de acción con el paciente y verifique que esté de acuerdo con él y que lo ha entendido. • Verifique la medicación actual cuando prescriba una nueva medicación, explique a los pacientes qué mejoría se espera, qué síntomas importantes pueden aparecer y de los que deben informar o cuándo llamar por teléfono si no están mejorando. • Documente la consulta en la historia clínica de forma precisa antes de la finalización de la misma. • Asegúrese de que puede justificar cualquier decisión que haya tomado en referencia al diagnóstico y al tratamiento.
Al final de la consulta	• Resuma los puntos clave y verifique la comprensión del paciente (pídale que resuma los puntos clave) • Diga adiós explícitamente antes de colgar, deje que el paciente se desconecte primero para asegurarse de que no tenga más problemas que plantear.

extremo (presencialidad cero), que no se podría justificar a la luz de criterios objetivos.

La propuesta inicial de elevada priorización de la atención a la COVID-19 cambiará, sin duda, con la aparición, extensión e incremento de inmunidad, consecuencia de la vacunación generalizada de la población, ya alcanzada entre profesionales de primera línea y poblaciones más vulnerables.

Es obligado, ahora más que nunca, abordar la estrategia de desarrollo de la consulta telefónica bajo la perspectiva de quien decide el formato de consulta y el grado de integración o diferenciación de cada modelo: el paciente o el médico, con dos extremos que pueden convivir en proporciones variables y bajo la decisión predominante del hacer clínico del profesional; y sus consecuencias lógicas.

Diferenciamos de partida dos modelos extremos que presentan ventajas e inconvenientes:

Modelo A: es el paciente quien llama pidiendo cita y decide en qué formato de consulta quiere ser atendido.

Modelo B: es el profesional sanitario quien llama por teléfono al paciente y decide en qué formato de consulta será atendido (requiere una primera cita telefónica).

Las ventajas e inconvenientes de ambos modelos se pueden consultar en la [tabla 4](#).

Sin una evaluación posterior de estos modelos, no es posible conocer las diferencias en resultados e impacto.

Aunque nada impide ni justifica no evaluar, cuando menos, la variabilidad de uso entre profesionales y usuarios, punto inicial y necesario de estudios más profundos sobre eficiencia, adecuación, pertinencia e identificación y potenciación o control de efectos beneficiosos o perversos, respectivamente.

A *priori* y bajo una perspectiva normativa vigente, el modelo A parece más respetuoso con las necesidades, expectativas, gustos y derechos de los pacientes.

Puede intuirse que el modelo B, que obliga al paciente a acceder a la consulta siempre a través de la atención telefónica, en el caso de que sea necesaria la consulta presencial generará retrasos en la resolución de los problemas (de partida requiere un mínimo de dos consultas).

La cultura en el uso adecuado de las distintas modalidades de oferta, la accesibilidad a las mismas y la generación de demoras para atenderlas condicionará el resultado sobre la eficiencia global de un modelo u otro. Es obvio, por ejemplo, que, a mayores demoras para ser atendidos, los pacientes se inclinarán por la modalidad de oferta más cercana en el tiempo.

Sin olvidar el impacto en los resultados clínicos de las distintas modalidades: capacidad de resolución (derivaciones a las consultas hospitalarias), necesidad de acudir a urgencias, ingresos por condiciones sensibles de cuidados ambulatorios en atención primaria, consumo de medicamentos, etc.

Tabla 4 Consulta telefónica. Similitudes y diferencias de desarrollo entre modelos A y B

Aspecto clave	Modelo A	Modelo B
¿Quién llama?	El paciente que pide cita para la modalidad que considera necesaria para la atención de su proceso.	El médico de familia, en la fecha y hora de la cita prevista en la agenda.
Tramo de agenda dedicado a la consulta telefónica	Inicial un 25%. Ir adaptándolo en función del comportamiento de la demanda.	Inicial un 75%. Ir adaptándolo en función del comportamiento de la demanda.
Uso de recursos	Resuelve el problema Petición de pruebas y asignación de nueva cita en consulta telefónica / video consulta para ver resultados y/o hacer seguimiento. Derivación y asignación de cita, para su consulta presencial (a demanda o programada) con o sin petición de pruebas. Derivación a consulta hospitalaria. Derivación a urgencias. Derivación a consulta de enfermería	
Probabilidad de derivación a consulta presencial (mayor / menor)	Integración de la atención. Mayor	Diferenciación de la atención. Menor

Por lo tanto, la evaluación sistemática de cargas de trabajo (tiempo total de resolución por tipos de problema), demoras en la atención por modalidad de oferta y tipos de demanda, la satisfacción de profesionales y usuarios, así como los resultados clínicos deben servir para orientar los modelos de desarrollo más idóneos y que mejor contribuyan al cumplimiento de los relevantes criterios generales establecidos.

Monitorización y evaluación de la consulta no presencial

El modelo de evaluación de las consultas telefónicas y de la telemedicina en general suele incluir aspectos relacionados con la descripción del tipo de pacientes que es atendido de forma no presencial, la aplicación y evaluación de la seguridad, la eficacia clínica, las perspectivas de los pacientes, aspectos económicos, aspectos organizativos, socioculturales, legales y éticos³⁴.

Debido al impacto que las consultas no presenciales pueden tener sobre la calidad y la seguridad en la atención a los pacientes, es fundamental que cada centro de salud, de forma periódica, se involucre en una evaluación del funcionamiento y del impacto de las consultas no presenciales en los resultados clínicos y en la satisfacción de los usuarios de dicha modalidad, tanto desde la perspectiva clínica como del paciente.

El nivel de desagregación básico de la evaluación debe llegar a diferenciar por tipo de profesional y líneas de cuidados: enfermería, medicina de familia, pediatría y otras específicas que puedan formar parte de la cartera de servicios del centro; para, a partir de ahí, permitir agregaciones singulares y específicas en función de cada modelo organizativo en cada centro y comparaciones entre estos, por niveles asistenciales y estos en su conjunto, por ámbitos poblacionales o de gestión agregada.

Los indicadores que se propongan deberán estar vinculados coherentemente y formar parte de los criterios e

indicadores estratégicos corporativos, muy especialmente los de resultados clínicos y en salud, bajo la óptica del prestador y la del paciente.

Garantizar su comparabilidad necesitará de procedimientos que hagan uso de instrumentos que respalden la validez externa de los resultados alcanzados: ajustes por *case-mix* o, cuando menos, por edad, género y morbilidad-comorbilidad.

En definitiva, estos indicadores deberán sumarse a los que permiten comparar las diferencias de impacto de las nuevas modalidades de prestación de servicios a todos los niveles (desde el binomio profesional-usuario hasta el máximo nivel de agregación de la organización), así como el estudio por áreas geográficas pequeñas de cómo influyen las desigualdades y sus variables fundamentales: clase social, nivel de privación, nivel sociocultural, de renta, género, edad, etc.

Es impensable que esto se pueda dar en sistemas de información desvinculados de soportes TIC (tecnologías de la información y la comunicación): casi todos los datos existen en la historia clínica electrónica o en otros soportes, basta con procesarlos adecuadamente, sin que el profesional tenga que realizar ningún esfuerzo adicional al registro correcto de datos para obtener la información y los indicadores que le permitan la mejora de su práctica y actividad clínica.

Aun siendo imprescindibles, los indicadores de monitoreo de las modalidades de consultas no presenciales (**Anexo III**) poco aportarán si no son capaces de constatar que en cada modalidad están los pacientes que deben estar y son capaces de medir si las distintas formas de oferta generan diferencias significativas en desigualdades de acceso.

Los indicadores de procesos y resultados, por modalidad de oferta, centro de salud y tipo de profesional, que se considera necesario evaluar, se han agrupado por:

- Descripción del perfil del paciente.

- b) Cambios en la actividad de consultas a demanda y programada, en el propio centro y a domicilio.
- c) Funcionamiento de la consulta no presencial.
- d) Impacto en resultados clínicos.
- e) **Satisfacción del paciente:** En el [Anexo IV](#) se presenta un modelo de cuestionario para evaluar el funcionamiento de la consulta no presencial a través de la opinión del paciente, como aproximación indirecta a la satisfacción del paciente.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.semerg.2021.04.009.

Bibliografía

1. Greenhalgh T, Shaw S, Wherton J, Vijayaraghavan S, Morris J, Bhattacharya S, et al. Real-World Implementation of Video Outpatient Consultations at Macro Meso, and Micro Levels: Mixed-Method Study. *J Med Internet Res*. 2018;20:e150, <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.9897>.
2. O'Cathail M, Sivanandan MA, Diver C, Patel P, Christian J. The Use of Patient-Facing Teleconsultations in the National Health Service: Scoping Review. *JMIR Med Inform*. 2020;8:e15380.
3. Kekana M, Noe P, Mkhize B. The practice of telemedicine and challenges to the regulatory authorities. *S Afr J Bioeth Law*. 2010;3.
4. Eguía H, Vinciarelli F, Villoslada Muniz RL, Sanz García FJ. Consulta no presencial en tiempos de coronavirus: información para médicos de Atención Primaria. *Semerger*. 2020;46:560–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2020.08.005>.
5. INE. Estimación del número de defunciones semanales (EDeS) durante el brote de COVID-19. [Consultado 5 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/experimental/defunciones/experimental.defunciones.htm>.
6. INE. Defunciones según la Causa de Muerte Avance enero-mayo de 2019 y de 2020. [Consultado 17 Dic 2020]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_ene_may_19_20.pdf.
7. Haig-Ferguson A, Loades M, Whittle C, Read R, Higson-Sweeney N, Beasant L, et al. 'It's not one size fits all'; the use of video-conferencing for delivering therapy in a Specialist Paediatric Chronic Fatigue Service. *Internet Interv*. 2019;15:43–51.
8. Wassen J, Gaudette C, Whaley F, Sauvigne A, Baribeau P, Welch HG, et al. Telephone care as a substitute for routine clinic follow-up. *JAMA*. 1992;267:1788–93.
9. Pinnock H, McKenzie L, Price D, Sheikh A. Cost-effectiveness of telephone or surgery asthma reviews: economic analysis of a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2005;55:119–24.
10. Institute for Healthcare Improvement. Improving Primary Care Access: Decrease demand for appointments. [Consultado 15 Sep 2020]. Disponible en: www.ihl.org/resources/Pages/Changes/DecreaseDemandforAppointments.aspx.
11. Institute for Healthcare Improvement. Improving Primary Care Access: Balance supply and demand on a daily, weekly and long-term basis. [Consultado 15 Sep 2020]. Disponible en: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/BalanceSupplyandDemandonaDailyWeeklyandLongTermBasis.aspx>.
12. Newbould J, Abel G, Ball S, Corbett J, Elliott M, Exley J, et al. Evaluation of telephone first approach to demand management in English general practice: observational study. *BMJ*. 2017;358:j4197.
13. Oldham J. Telephone use in primary care Programme to shape demand has been started in several practices. *BMJ*. 2002;325:547.
14. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;4, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004180.pub2>.
15. McKinstry B, Walker J, Campbell C, Heaney D, Wyke S. Telephone consultations to manage requests for same-day appointments: a randomised controlled trial in two practices. *Br J Gen Pract*. 2002;52:306–10.
16. Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt TA, Lattimer V, et al. Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster randomised controlled trial and cost-consequence analysis. *Lancet*. 2014;384:1859–68.
17. Newbould J, Abel G, Ball S, Corbett J, Elliott M, Exley J, et al. Evaluation of telephone first approach to demand management in English general practice: observational study. *BMJ*. 2017;358:j4197, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j4197>.
18. McKinstry B, Hammersley V, Burton C, Pinnock H, Elton R, Dowell J, et al. The quality, safety and content of telephone and face-to-face consultations: a comparative study. *Qual Saf Health Care*. 2010;19:298e303, <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2008.027763>.
19. De la Fuente Ballesteros SL, García Granja N, Hernández Carrasco M, Benito Hidalgo A, García Álvarez I, García Ramón E. La consulta de telemedicina como herramienta para mejorar la demanda de consulta en Atención Primaria. *Semerger*. 2018;44:462–85, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2018.05.006>.
20. Katz SE, Katsounis D, Halloran L, Mondor M. Patient safety and telephone medicine. *J Gen Intern Med*. 2008;23:517–22.
21. Rimmer A. I don't feel confident providing remote consultations What do I need to know? *BMJ*. 2020;369:m1746, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1746>.
22. McKinstry B, Watson P, Pinnock H, Heaney D, Sheikh A. Telephone consulting in primary care: a triangulated qualitative study of patients and providers. *Br J Gen Pract*. 2009;59:e209–18, <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp09X420941>.
23. Pinnock H, Bawden R, Proctor S, Wolfe S, Scullion J, Price D, et al. Accessibility, acceptability, and effectiveness in primary care of routine telephone review of asthma: pragmatic, randomised controlled trial. *BMJ*. 2003;326:477–9.
24. Hull S, Hagdrup N, Hart B, Griffiths C, Hennessy E. Boosting uptake of influenza immunisation: a randomised controlled trial of telephone appointing in general practice. *Br J Gen Pract*. 2002;52:712–6.
25. Pappas Y, Seale C. The opening phase of telemedicine consultations: an analysis of interaction. *Soc Sci Med*. 2009;68:1229–37.
26. Car J, Sheikh A. Telephone consultations. *BMJ*. 2003;326:966–9.
27. Vaona A, Pappas Y, Grewal RS, Ajaz M, Majeed A, Car J. Training interventions for improving telephone consultation skills in clinicians. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;1:CD010034.
28. Módulo de comunicación del curso para rastreadores de contactos de casos COVID-19. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), 2020.

29. Cartmill M, White BD. Telephone advice for neurosurgical referrals: who assumes duty of care? *Br J Neurosurg.* 2001;15:453–5.
30. General Medical Council. Remote consultations. [Consultado 13 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-hub/remote-consultations>.
31. Department of Health. Confidentiality: NHS code of practice. London: Stationary Office; 2003.
32. Sokol DK, Car J. Patient confidentiality and telephone consultations: time for a password. *Med Ethics.* 2006;32:688–9, <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2005.014415>.
33. General Medical Council. High-level-principles-for-remote-prescribing. [Consultado 13 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.gmc-k.org/ethical-guidance/learning-materials/remoteprescribinghighlevel-principles>.
34. Kidholm K, Clemensen J, Caffery LJ, Smith AC. The Model for Assessment of Telemedicine (MAST): A scoping review of empirical studies. *J Telemed Telecare.* 2017;23:803–13.