

Capítulo XVI

Uso de los recursos de telesalud para la calificación de los procesos de solicitud, regulación, respuesta y evaluación de una segunda opinión formativa

Carlos André Aita Schmitz, Brasil

Introducción

En este capítulo se utiliza la conceptualización de la ordenanza 2.546, del Ministerio de Salud del Brasil, publicada el 25 de octubre de 2011. Sin embargo, aunque esa ordenanza redefine y amplíe el Programa Nacional de Telesalud Brasil Redes, válido para todos los niveles, este trabajo se concentrará en la atención primaria de salud (APS), que es la base del trabajo del Núcleo de Telesalud de Rio Grande do Sul, Telesalud RS, que pertenece al Programa de Posgrado en Epidemiología (PPGEPI), de la Facultad de Medicina (FAMED), de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS).

Las actividades de un núcleo de telesalud (NT) no se limitan a la prestación de servicios o interacciones virtuales entre profesionales de la salud. Para abarcar la totalidad de actividades-f in previstas en la legislación vigente, existen varias actividades-medio y asociadas a ellas, hay toda una estructura transparente y compleja que involucra recursos humanos, equipamientos, aplicativos, estructura de red y espacios físicos adecuados en todos los puntos de interacción.

En las páginas siguientes se detallará la calificación de los procesos de teleconsultorías y de segunda opinión formativa.

Telesalud para APS

Telesalud es el uso de las modernas tecnologías de la información y de las comunicaciones (TIC) para actividades a distancia relacionadas con la salud en sus diversos niveles (primario, secundario y terciario), que posibilitan la interacción entre profesionales de la salud o entre estos y sus pacientes, así como el acceso remoto de recursos diagnósticos o terapéuticos por medio de la robótica.

Los ambientes virtuales de salud siguen el mismo paradigma de los ambientes reales, o sea, acciones dirigidas a la APS poseen mayor impacto y alcance poblacional, además de menor costo que acciones direccionadas a los niveles secundario y terciario.

La atención terciaria se materializa mediante la atención hospitalaria, y la atención secundaria mediante los ambulatorios y clínicas de especialidades. Como la APS orientará las actividades de este trabajo, su concepto será expuesto más detalladamente a continuación.

Atención primaria de salud

La APS, vista como el primer nivel de atención, es definida como la puerta de entrada de un sistema de salud (acceso de primer contacto), que se caracteriza, principalmente, por la longitudinalidad e integralidad de la atención y la coordinación de la asistencia dentro del propio sistema de salud, y puede contar con características complementarias como la orientación familiar y comunitaria y la competencia cultural (véase el cuadro XVI.1)

Cuadro XVI.1
ATRIBUTOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

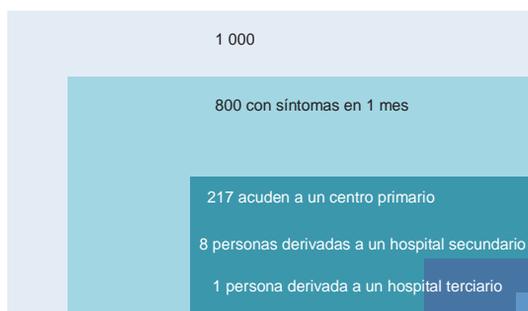
Atributos de la salud	
Esenciales	Relacionados
Acceso	Orientación familiar
Longitudinalidad	Orientación comunitaria
Integralidad	Competencia cultural
Coordinación del cuidado	

Fuente: B. Starfield, *Primary Care: Concept, Evaluation and Policy*, Nueva York, Oxford University Press, 1992.

APS como ordenadora de un sistema de salud

Las evidencias señalan que la APS es la ordenadora de un sistema de salud. En un estudio de 1960, reeditado con ampliación de muestra en 2001, se constató que para una población de 1.000 individuos, cada mes, 800 presentarán algún síntoma. De esos 800, 217 tendrán síntomas de intensidad suficiente para acceder al sistema de salud mediante un centro de atención primaria. De esos 217, apenas ocho serán derivados a un hospital secundario o a un ambulatorio de especialidades y solamente uno registrará entrada en un hospital terciario (véase el diagrama XVI.1).

Diagrama XVI.1
LA ECOLOGÍA DEL CUIDADO MÉDICO

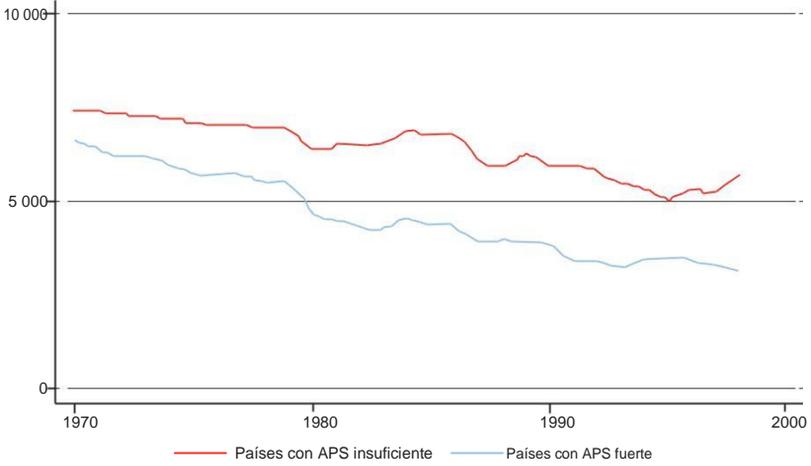


Fuente: Adaptado de Green y otros, "The ecology of medical care revisited", *The New England Journal of Medicine*, vol. 344, Nº 26, 2001.

Además, como se ilustra en el gráfico XVI.1, países con APS fuerte, como el Reino Unido, presentan mejores indicadores sanitarios con menores inversiones en salud en relación con países con APS insuficiente, como los Estados Unidos. La idea de la APS como ordenadora del sistema de salud no es nueva (véase el diagrama XVI.2) y pasó a ser adoptada por el Reino Unido en la remodelación de su sistema nacional de salud después de la Segunda Guerra Mundial.

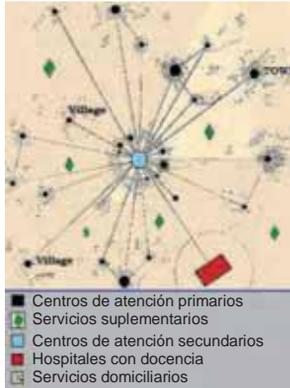
Incluso un país como el Brasil que, al igual que Turquía, invierte 760 dólares per cápita en salud, posee un sistema universal de cobertura, a pesar de todos los problemas de gestión. Por otra parte, un país como los Estados Unidos, que invierte el 16% de un PIB de 15 billones de dólares, deja a 45 millones de estadounidenses sin ninguna cobertura (véase el gráfico XVI.2). Esos datos muestran que el modelo de salud adoptado tiene mayor impacto que cuestiones como financiamiento y gestión (sin subestimar la importancia de ellos).

Gráfico XVI.1
AÑOS DE POTENCIAL DE VIDA PERDIDOS EN PAÍSES CON APS INSUFICIENTE
Y PAÍSES CON APS FUERTE



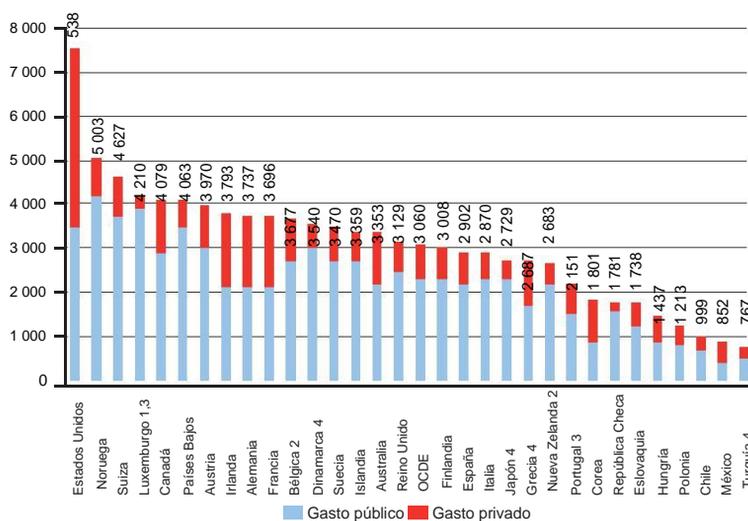
Fuente: J. Macinko, B. Starfield y L. Shi, "The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998", *Health Services Research Journal*, vol. 38, Nº 3, 2003.

Diagrama XVI.2
ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PRESENTADO
EN EL INFORME DAWSON



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (1964), *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920*, Washington, D. C.

Gráfico XVI.2
GASTO PER CÁPITA EN SALUD (PÚBLICO Y PRIVADO), EN LOS PAÍSES DE LA ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS, 2008



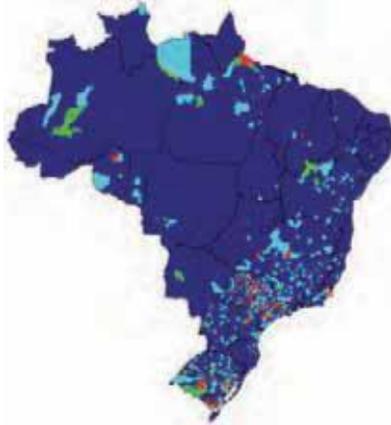
Fuente: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (2010), Health Data 2010 [en línea]. www.oecd.org/health/healthdata [fecha de consulta: 24 de noviembre de 2010].

APS en el Brasil

La reorganización del Sistema Único de Salud (SUS) a partir de la ampliación de su red de servicios de APS, por medio de la estrategia salud de la familia (ESF) trajo avances importantes en la salud y en las condiciones de vida de la población brasileña. Hoy, más de 30.000 equipos (véase el mapa XVI.1) actúan en todo el país y son responsables por el cuidado en APS de más de la mitad de la población. En algunos estudios se demostró que la ESF tuvo impacto positivo en la mortalidad infantil, en la reducción de internaciones por condiciones sensibles a la APS, en la calidad de la atención prenatal y de puericultura, así como en la ampliación del acceso a servicios de salud para la población vulnerable desde el punto de vista sociosanitario (Fachinni y otros, 2006; Macinko y otros, 2006; Bezerra y otros, 2007; Macinko y otros, 2007; Piccini y otros, 2007; Aquino, Oliveira y Barreto, 2008; Fachinni y otros, 2008).

No obstante, algunos estudios apuntan a la heterogeneidad de la calidad de la atención prestada por los equipos de la ESF, así como los desafíos de ampliar su capacidad de respuesta frente a nuevos y viejos problemas que caracterizan a la salud en Brasil (Roncalli y Lima, 2006; Rocha y otros, 2008). Una de las estrategias defendidas para la calificación

Mapa XVI.1
 SITUACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN DE EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA,
 SALUD BUCAL Y AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD, BRASIL, 2010



31.500 ESF en 5 296 municipios	■ ESF/ACS/SB
243.022 ACS en 5 377 municipios	■ ESF/ACS
20.103 ESB en 4 811 municipios	■ ACS
	■ SIN ESF, ACS Y ESB

Fuente: Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB), Sistema de Registro Nacional de Establecimientos de Salud (SCNES).

de la estrategia salud de la familia es el desarrollo de acciones efectivas de educación permanente en salud (EPS). Existen muchas estrategias de EPS, pero tienen alcance restringido o efectividad todavía no evaluada.

Programa Telesalud Brasil

Frente a la necesidad de ofrecer actividades de educación permanente en la estrategia salud de la familia para calificar su proceso de atención y ampliar su impacto positivo sobre las condiciones de salud de nuestra población, el Programa Nacional de Telesalud, desde 2007, viene desarrollando y evaluando diferentes estrategias de calificación de la ESF en nueve estados federales (Amazonas, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Pernambuco, Río de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina y San Pablo), con otros cinco estados en fase de implementación (Acre, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Río de Janeiro y Tocantins, véase el mapa XI.2).

Telesalud RS

El grupo de Rio Grande do Sul, Telesalud RS, guía sus acciones en la oferta de soporte asistencial a la ESF mediante teleconsultorías para 300 equipos de salud de la familia, en 200 puntos de 130 municipios y actualmente se

encuentra en proceso de expansión para atender a los 421 municipios con ESF en el estado (véase el mapa XVI.3).

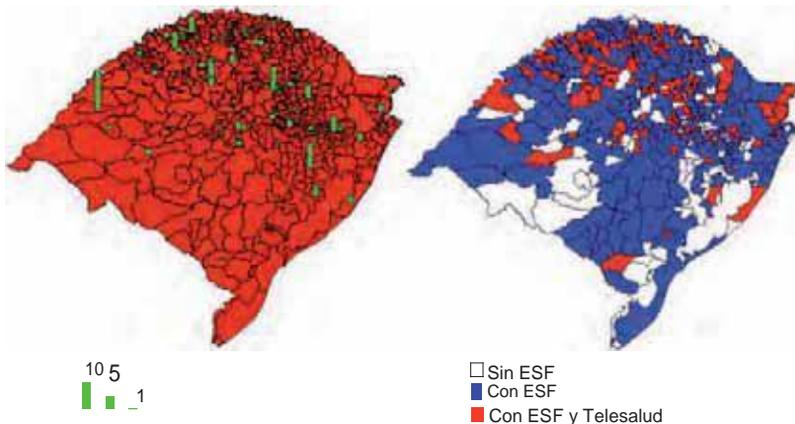
Mapa XVI.2
 ÁREA DE COBERTURA DEL PROGRAMA TELESALUD BRASIL, 2010



- 9 núcleos proyecto piloto
- 1.200/912 total punto de telesalud/municipios (361/201) (puntos/municipios extras)
- 21.353 segundas opiniones formativas
- Punto proyecto piloto
- Punto extra
- Punto proyecto piloto
- Punto en proceso de implementación

Fuente: Programa Telesalud Brasil.

Mapa XVI.3
 DISTRIBUCIÓN DE PUNTOS Y ÁREA DE ALCANCE DE TELESALUD RS



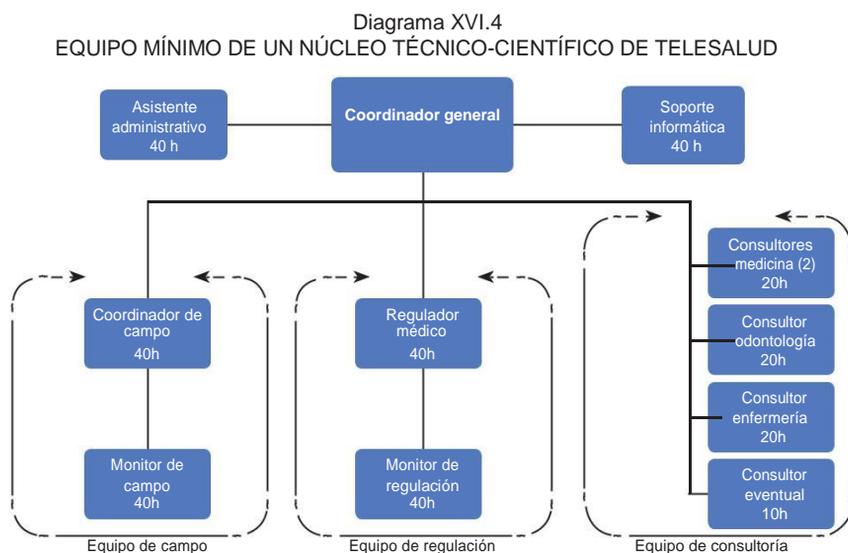
Fuente: Núcleo de Telesalud de Rio Grande do Sul.

webcam con 1,3 Mpixel. También es importante tener en cuenta que esa estructura solo tendrá utilidad si los profesionales de la unidad de salud dispusieran de tiempo asignado, dentro de su carga horaria diaria (o por lo menos semanal), para la utilización de los recursos ofrecidos.

Estructura-equipo del núcleo de telesalud

En lo que se refiere al otro extremo de la interacción virtual, conforme a la legislación, el núcleo de telesalud es la unidad técnico-científica y administrativa que planifica, ejecuta, monitorea y evalúa las acciones de telesalud, en especial la producción y el ofrecimiento de teleconsultoría y telediagnóstico. El diagrama XVI.4 ilustra un equipo mínimo capaz de administrar entre 150 y 300 solicitudes de teleconsultorías al mes.

Al coordinador general (asesorado por soporte administrativo y de informática) le compete la visión de conjunto del proceso y la sustentación científica, política, financiera y administrativa. Es el principal eslabón de comunicación con los gestores estatales y federales y con las alianzas universitarias e institucionales, función que eventualmente comparte con el coordinador de campo que, a su vez, es el principal eslabón con los gestores municipales, quedando la interacción con los profesionales de los equipos de salud principalmente a cargo de los monitores de campo. El monitor de regulación presta asistencia operacional y actúa en la comunicación entre regulador médico y teleconsultores.



Se considera que un monitor de campo sea capaz de dar asistencia a 140 equipos de salud de la familia y que cada coordinador de campo dé soporte a dos monitores de campo. En esa línea, con la misma estructura de coordinación, se estima que un equipo de campo formado por dos coordinadores y cuatro monitores, además del incremento de un regulador de odontología en el equipo de regulación y de un teleconsultor más en cada área del equipo de teleconsultoría, pueda elevar la capacidad de gestión de solicitudes a valores de 600 a 2.400 al mes.

La variación entre el rango mínimo y máximo de capacidad instalada del equipo influyen factores como práctica de los teleconsultores, optimización de los procesos y aplicativos de informática, protocolos bien definidos de búsqueda de evidencias y de elaboración de respuestas y de un sistema de clasificación acoplado a un motor de búsqueda que permita la rápida localización y reutilización (con adaptación o no) de respuestas ya producidas, clasificadas y archivadas.

Como los equipamientos de informática e Internet de banda ancha son cada vez más accesibles, debe ponerse especial atención al proceso de selección del equipo.

Estructura-espacio físico del núcleo de telesalud

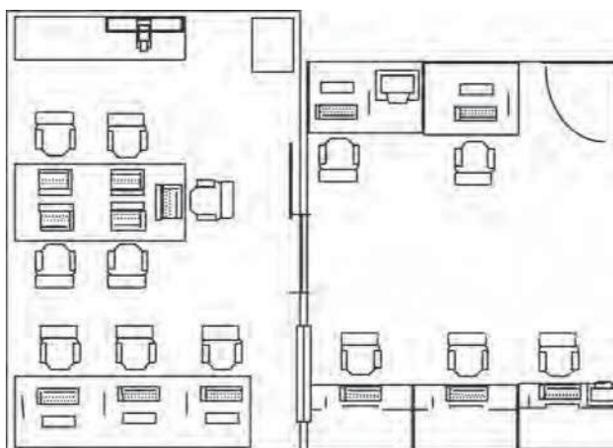
El espacio físico (véase el diagrama XVI.5) deber estar compuesto por dos salas conjugadas capaces de albergar entre seis y diez personas –si estuviera prevista la expansión de los servicios–, pues el plazo de 72 horas para dar una segunda opinión (conforme la legislación brasileña) permite que el regulador y los teleconsultores lo hagan en un lugar y horas diversas que el resto del núcleo, sin impacto en las necesidades de equipamientos y espacio físico.

Estructura-equipamientos y aplicativos del núcleo de telesalud

Respecto de los equipamientos, es deseable que el núcleo tenga computadoras con configuración superior a las de las unidades de salud (una para cada miembro del grupo, de las cuales dos deben ser portátiles, dotadas de acceso 3G para viajes y visitas técnicas). Además, son necesarios, por lo menos, dos accesos telefónicos, impresora láser, fax y escáner, así como equipamiento de videoconferencia para contacto con las instancias superiores y los demás núcleos de telesalud.

Además de los aplicativos de oficina, es necesario un aplicativo de flujo de procesos (*workflow*) para gestionar dinámicamente la interlocución entre solicitante, regulador y teleconsultor, conectado a una estructura de datos que posibilite un buen control de indicadores de estructura, proceso y resultado, por medio de datos cuantitativos y cualitativos, referentes a los

Diagrama XVI.5
CROQUIS REPRESENTATIVO DE LA ESTRUCTURA FÍSICA
DE UN NÚCLEO DE TELESALUD



Fuente: Núcleo de Telesalud de Rio Grande do Sul.

municipios, a los equipos ligados a esos municipios y a los profesionales ligados a cada equipo, considerando los cambios de profesionales entre equipos y municipios en el tiempo, y el uso que esos profesionales hacen del programa mediante los puntos de acceso.

Teleconsulta

Definición

Todas las actividades de teleconsulta para atención primaria de la salud (APS) son de apoyo asistencial con carácter educacional, por lo tanto, tienen el objetivo de ampliar la capacidad resolutoria de quien las solicita. Además, deben estar basadas en la mejor evidencia científica disponible, adaptada a las realidades locales y siguiendo los principios del sistema nacional de salud y de la APS.

En su art. 2º, la ordenanza GM/MS 2.546/11 define teleconsulta como:

“consulta registrada y realizada entre trabajadores, profesionales y gestores del área de salud, por medio de instrumentos de telecomunicación bidireccional, con el fin de aclarar dudas sobre procedimientos clínicos, acciones de salud y cuestiones relativas al proceso de trabajo (...)”

Expansión del concepto por la calificación

La misma ordenanza define la segunda opinión formativa (SOF) como:

“Respuesta sistematizada, construida con base en revisión bibliográfica, en las mejores evidencias científicas y clínicas y en el papel ordenador de la atención básica a la salud, a preguntas originadas de las teleconsultorías, y seleccionadas a partir de criterios de relevancia y pertinencia en relación con las directrices del SUS”.

Con la calificación de los procesos de solicitud, regulación y respuesta, las teleconsultorías producidas por un NT pueden aproximarse al concepto de SOF. O sea, todas las teleconsultorías pasan a tener dos objetivos básicos: resolver, a corto plazo, la demanda del solicitante con una respuesta directa y, de forma indirecta y a mediano y largo plazo, ayudar a resolver el problema del sistema de salud, por medio de la función formativa de las informaciones complementarias, con el fin de aumentar la capacidad resolutive de los profesionales.

Tipos

El proceso de solicitud y respuesta a una teleconsultoría ocurre entre uno o más profesionales solicitantes de un equipo APS/ESF y uno o más teleconsultores vinculados a un núcleo de telesalud. Tanto en la forma asincrónica (véase la fotografía XVI.1) o sincrónica (véase la fotografía XVI.2), es mediada por un profesional regulador y obedece a los plazos definidos por la legislación vigente.

Flujos

El profesional solicitante no precisa preocuparse en escoger un profesional o un especialista que responda la consulta que enviará, pues esa tarea le compete al regulador, un profesional con formación y experiencia de trabajo en APS, que definirá cuál es el mejor teleconsultor para cada caso. En la experiencia de Telesalud RS, la mayoría de las solicitudes son respondidas por especialistas en APS, los teleconsultores especialistas focales responden en menos del 10% de los casos. Los diagramas XVI.6 y XVI.7 ilustran, respectivamente, los flujos de teleconsultorías asincrónicas y sincrónicas.

Objeto

Las demandas por teleconsultorías asincrónicas son las más frecuentes y se refieren a problemas más generales relacionadas con la APS, como dudas puntuales sobre temas de salud, situaciones o problemas de salud que involucren tanto al individuo como a una familia o comunidad, así como respecto del proceso de trabajo de los equipos de salud.

Fotografía XVI.1 FRAGMENTO DE FORMULARIO ELECTRÓNICO DE SOLICITACIÓN ASINCRÓNICA

SOLICITAÇÃO POR TEXTO

1- Marque qual o assunto enfoque que deve ser dado na resposta de teleconsultoria por texto:

ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS - ações de promoção, medidas preventivas, tratamentos

DIAGNÓSTICO - inclusão e interpretação de testes diagnósticos, incluindo exames e exames físicos

MEDICAMENTOS OU PLANO DE SEGUIMENTO DO PACIENTE - necessidade de acompanhamento ambulatorial em centro especializado, como acompanhamento de sinais e sintomas, como orientar o paciente e a família quanto ao diagnóstico

TERAPIA - indicação e forma de tratamento, uso adequado/otimo de fármacos, interações farmacológicas, benefícios e/ou riscos de tratamentos

2- Destine a duvida que motivou sua solicitação de forma mais clara possível

Paciente portador de osteomielitis crônica em membro inferior direito. ¿Cuál es el mejor tratamiento medicamentoso para hacer ambulatorialmente?

3- Esta necessidade de teleconsultoria por texto está relacionado ao atendimento de um paciente concreto?

Sim

Não

4- Caso a resposta à pergunta "3" tenha sido "Sim", é sua intenção encaminhar este paciente a um especialista, caso a resposta não a capacidade de manejo do caso em sua unidade?

Sim

Não

Fuente: Núcleo de Telesalud de Rio Grande do Sul.

Fotografía XVI.2 TELECONSULTORÍA SINCRÓNICA EN CURSO

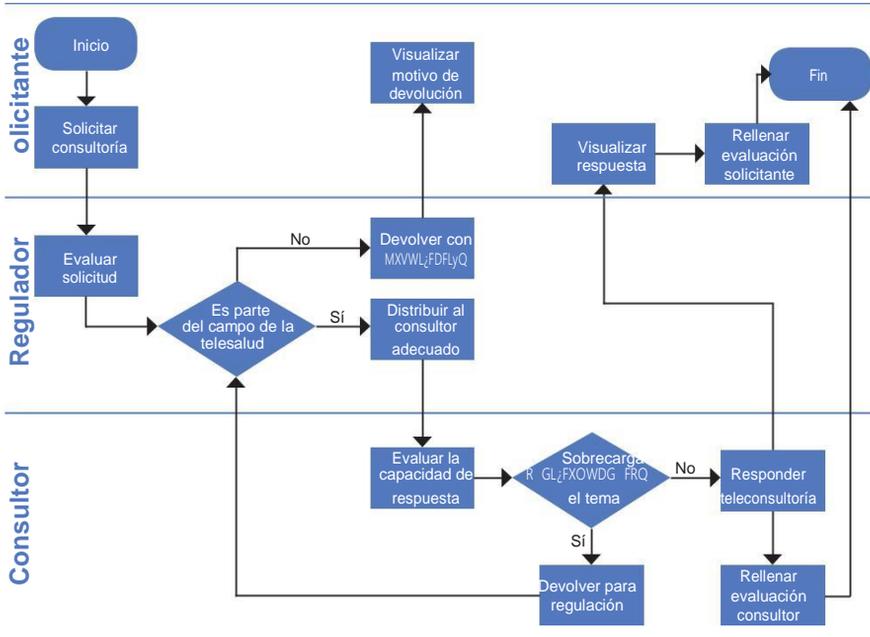


Fuente: Núcleo de Telesalud de Rio Grande do Sul.

Por otra parte, las demandas por teleconsultorías sincrónicas, en general, involucran casos clínicos de pacientes concretos o cuestiones de salud más complejas e interdisciplinarias y ocurren en tiempo real, después del agendamiento de una videoconferencia.

En caso de que el contenido de la respuesta de una teleconsultoría asincrónica sea pertinente y replicable en los contextos regionales o nacionales de salud, podrá transformarse, después de un proceso de anonimización y de revisión por pares profesionales, en una segunda opinión formativa (SOF) y ser incluida en la Biblioteca Virtual en Salud, BVS (véase la fotografía XVI.3).

Diagrama XVI.6
 FLUJO DE TELECONSULTORÍAS ASINCRÓNICAS, TELESALUD RS, 2011
 Flujo de teleconsulta de texto y material (asincrónica)



Fuente: Núcleo de Telesalud de Rio Grande do Sul.

Solicitud

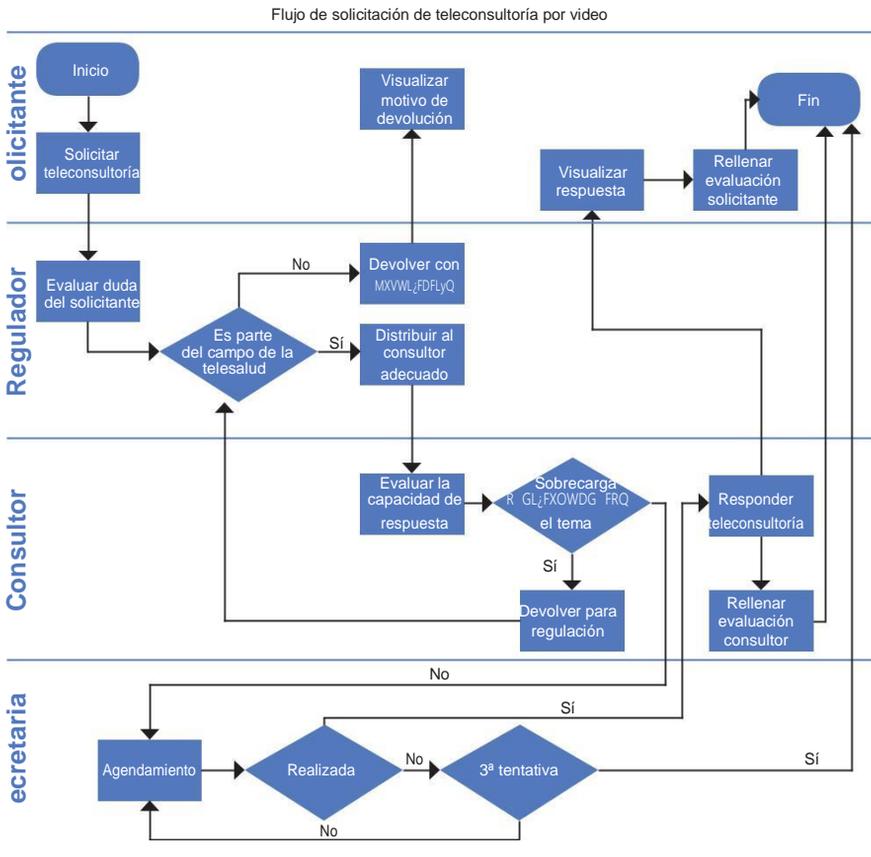
El inicio de un proceso de teleconsulta siempre es de iniciativa del profesional solicitante y motivado por sus necesidades cotidianas. Invariablemente, buenas solicitudes generarán buenas respuestas, por lo tanto, la calificación del profesional solicitante dentro del proceso es un punto clave (por medio de capacitaciones, cartillas y consideraciones de retroalimentación de los equipos de consultoría y de campo). Básicamente, el profesional solicitante debe ser orientado para:

- r Montar la solicitud.
- r Leer la respuesta.
- r Evaluar la respuesta.

Montaje

A partir de la motivación emergerá el foco principal y, si fuera necesario, los focos secundarios de la solicitud. El profesional solicitante

Diagrama XVI.7
 FLUJO DE TELECONSULTORÍAS SINCRÓNICAS, TELESALUD RS, 2011



Fuente: Núcleo de Telesalud de Rio Grande do Sul.

debe tener claro que una consultoría sincrónica es formateada para ser leída en 15 minutos y dentro de su demanda de atención (promedio, una página) y que una consultoría sincrónica dura 30 minutos para no interferir demasiado en la agenda de atención de su unidad de salud.

Los asuntos muy amplios (con poco foco) recibirán respuestas más superficiales y las solicitudes con foco bien definido recibirán respuestas más detalladas. Los focos secundarios solo deben ser usados para detallar mejor el foco principal y no deben ser confundidos con preguntas dentro de preguntas, pues, como hemos dicho, el formato de las teleconsultorías permite una respuesta por ocasión.

Fotografía XVI.3

PÁGINA ELECTRÓNICA DEL PROGRAMA TELESALUD BRASIL REDES



Fuente: <http://www.telessaudebrasil.org.br/>.

Por último, el profesional solicitante debe estar bien informado sobre cuál formato de solicitud optar (sincrónico o asincrónico), pues ambos poseen flujos diferentes.

Lectura de la respuesta

Es importante que el profesional solicitante sepa de antemano y de forma estandarizada cómo estará estructurada la respuesta. Así, el primer párrafo siempre contendrá la respuesta directa a la solicitud y, a continuación, se explorarán más informaciones relativas al contexto de la solicitud (aunque no sean solicitadas) y se presentarán ejemplos concretos de aplicación de los atributos de la APS, además de formas de prevención de enfermedades y de promoción de la salud relativas a la situación en cuestión. Finalmente, se entregarán herramientas para la búsqueda autónoma de más información, inclusive con referencias bibliográficas y estrategias de búsqueda.

Evaluación de la respuesta

Al hacer la evaluación de la respuesta recibida, el profesional solicitante suministra información importante, en especial respecto de la satisfacción con el servicio recibido, a la adecuación de la respuesta y, si fuera el caso, en relación con evitar derivaciones a otros niveles de atención. Estos datos son fundamentales para la retroalimentación, evaluación y, si fuera necesario, para la reorientación de las acciones de un núcleo de telesalud.

Regulación

Después de la solicitud, el paso siguiente de un proceso de teleconsulta es la regulación (véase el diagrama XVI.8). Le compete al profesional regulador recibir, analizar, clasificar y orientar el flujo de solicitudes de teleconsulta distribuyéndolas a los teleconsultores de acuerdo con el área profesional de cada uno, con la categoría profesional del solicitante, con el enfoque y el formato (asincrónico o sincrónico) de la solicitud y con la frecuencia de respuestas del teleconsultor (experiencia acumulada) respecto del tema de la solicitud. También es función del regulador la auditoría interna sobre las respuestas producidas, con el fin de garantizar el estándar de calidad de los servicios prestados.



Fuente: Núcleo de Telesalud de Rio Grande do Sul.

El regulador es como un maestro y, por ser un profesional más experimentado, les da a los teleconsultores el tono de las respuestas que deben ser producidas para cada teleconsulta. Mucho más que un simple facilitador del flujo, el regulador ejerce el principio de la APS de coordinación del cuidado, ya que la gran mayoría de las demandas en salud de una población está compuesta por situaciones frecuentes y sensibles a la APS (*Informe Dawson, 1920; White, Williams y Greenberg, 1961; Green y otros, 2001*).

Por lo tanto, según Castro Filho y otros (2012), para evitar la iatrogenia de la aplicación de evidencias generadas en poblaciones filtradas, las ordenanzas ministeriales editadas en 2010 y 2011 dan especial énfasis a la regulación de servicios de telesalud realizada por profesionales con formación y experiencia en APS, que trabajen en alianza con los medios tradicionales de regulación.

Auditoría

La auditoría tiene como función mantener un estándar de calidad y de uniformidad en las respuestas producidas para las teleconsultorías. Asimismo, sirve como referencia para los nuevos teleconsultores, además apunta hacia necesidades de calificación de dicho equipo, que pueden ser resueltas individualmente o en grupo (talleres). Se sugiere periodicidad

trimestral para el *feedback* individual y semestral para el de grupo, de preferencia, por medio de un taller de actualización.

La muestra de teleconsultorías para auditoría es seleccionada aleatoriamente por el monitor de regulación, dentro del banco interno de solicitudes y considerando los últimos tres meses. Se sugiere la evaluación de cuatro respuestas por cada teleconsultor, dos para profesionales solicitantes de nivel básico/técnico y dos para nivel superior.

Las consideraciones del regulador son evaluadas por el coordinador general, que las utiliza para dar *feedback* individual a cada teleconsultor. En los casos de evaluación con resultado insuficiente, el 25% de la producción del teleconsultor en cuestión será seguida y comentada por un teleconsultor más experimentado, que le ayudará en la resolución de las deficiencias, durante un período determinado por la coordinación. Queda a cargo del monitor de regulación establecer ese flujo.

Independientemente de la auditoría periódica, todas las teleconsultorías evaluadas como insatisfactorias por el profesional solicitante, sin excepción, deberán ser auditadas por el regulador, reformadas por el teleconsultor con la supervisión del coordinador general y devueltas al solicitante. Se consideran al menos ocho puntos:

¿Todos los campos del formulario de respuesta fueron rellenados adecuadamente?

¿El protocolo de búsqueda en los casos pertinentes fue adecuadamente aplicado?

¿Los niveles de evidencia en los casos pertinentes están adecuadamente descritos?

¿El lenguaje es adecuado al profesional solicitante?

¿La respuesta sigue los atributos de la APS?

Si fuera aplicable, ¿la oportunidad de prevención y promoción fue aprovechada?

¿La respuesta contempla toda la pregunta?

¿La respuesta es objetiva?

Respuesta

Finalmente, el teleconsultor elaborará la respuesta, cuya construcción involucra cinco etapas (véase el diagrama XVI.9):

- r Identificación de puntos clave en la solicitud.
- r Estrategia de búsqueda de referencias.

- r Elaboración de la respuesta propiamente dicha.
- r Elaboración de las informaciones complementarias.
- r Evaluación del proceso.

Diagrama XVI.9
ETAPAS DE LA RESPUESTA A UNA TELECONSULTORÍA



Fuente: Núcleo de Telesalud de Rio Grande do Sul.

Puntos clave

Son los puntos orientadores del discurso que consisten en:

- r Categoría profesional, que define el grado de complejidad de los términos técnicos y la adecuación del lenguaje utilizado.
- r Foco principal y focos secundarios, utilizados en la determinación del alcance de la respuesta.
- r Enfoque: clínico, preventivo, sanitario u otros.

Búsqueda de referencias

Involucra la búsqueda en el banco de respuestas ya producidas y la utilización de una secuencia estandarizada de consulta a referencias predefinidas, que garanticen la utilización de la mejor evidencia científica disponible, adaptada a las realidades locales y siguiendo los principios del sistema de salud y de la APS (véase la fotografía XVI.4).

Un aspecto fundamental para garantizar la calidad de las respuestas es la elaboración de una estrategia de búsqueda sistematizada, con optimización del tiempo y definición de las principales fuentes de investigación. En primer lugar son consultadas aquellas que son específicas de la APS y poseen consolidación por la práctica clínica, mientras que las referencias recientes o en fase de comprobación son consultadas al último.

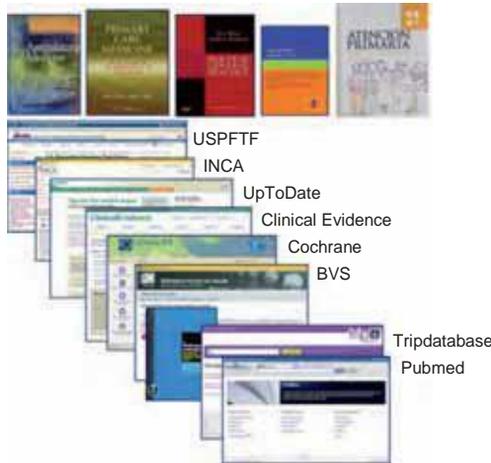
Nunca son utilizadas referencias originadas por el complejo industrial de salud o que contengan cualquier tipo de conflicto de interés

Son llamadas referencias básicas aquellas fuentes bien sedimentadas que presentan una discusión específica para la APS, tanto en las áreas de medicina de

familia y comunidad como en enfermería, salud bucal y farmacia. O sea, textos con tradición en la APS, de preferencia aquellos

Fotografía XVI.4

ALGUNAS REFERENCIAS UTILIZADAS EN LA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA PRODUCCIÓN DE RESPUESTAS A LAS TELECONSULTORÍAS, TELESALUD RS



Fuente: Núcleo de Telesalud de Rio Grande do Sul.

que estén actualizados y que expongan el grado de evidencia (véase la fotografía XVI.5).

En ese mismo contexto se encajan las páginas electrónicas con contenido dirigido a la APS y que, de preferencia, también expliciten el grado de evidencia de las recomendaciones citadas (véase la fotografía XVI.6).

Son llamadas referencias complementarias aquellas fuentes de búsqueda que sumarizan una o más fuentes básicas, o hasta otras fuentes complementarias –manuales del Ministerio de la Salud (Cuadernos de Atención Básica), *guidelines*, bibliotecas de bases de datos sumarizados (Revisiones sistemáticas y sumarios: Biblioteca Cochrane, Tripdatabase y UpToDate, Google Académico).

En definitiva, las referencias alternativas son aquellas referencias a las que se recurre en última instancia, derivadas de fuentes básicas (artículos originales) o complementarias compiladas, como sitios de investigación (Pubmed, EMBASE, Lilacs). Otras fuentes pueden ser utilizadas, pero se pierde rigor científico (Google©, Youtube©, Superinteresante®).

En cualquier situación deben ser consultadas por lo menos tres referencias básicas. Si ellas no proveyeran la información necesaria, se puede recurrir a las referencias complementarias o alternativas.

Fotografía XVI.5
EJEMPLOS DE LIBROS DE TEXTO EN APS QUE PRESENTAN
EL GRADO DE LAS EVIDENCIAS UTILIZADAS



Fuente: Núcleo de Telesalud de Rio Grande do Sul.

Fotografía XVI.6
EJEMPLOS DE PÁGINAS ELECTRÓNICAS QUE PRESENTAN
EL GRADO DE LAS EVIDENCIAS UTILIZADAS



Fuente: Núcleo de Telesalud de Rio Grande do Sul.

Respuesta directa

Es importante que el interés del solicitante sea contemplado en el primer párrafo, que debe abarcar el foco principal y los secundarios en su totalidad, de acuerdo con el enfoque demandado y utilizando un lenguaje adecuado al profesional solicitante.

La mayoría de los consejos profesionales da cuenta de la formalización de sus actos profesionales y de sus códigos de ética, que deben ser consultados y respetados en la producción de las respuestas. En lo que respecta a los profesionales de nivel superior es importante respetar y utilizar la jerga de cada categoría profesional, así como los actos y límites profesionales específicos, sin limitar la oferta de conocimiento por celos profesionales injustificados.

El lenguaje para profesionales de nivel básico y medio debe ser lo más coloquial y directo posible. Sin embargo, si es inevitable el uso de algún término técnico, este debe estar acompañado por explicaciones y metáforas que remitan a la realidad cotidiana.

Ejemplo de lenguaje adecuado y descripción de términos técnicos para solicitud de profesional de nivel básico (Agente Comunitario de Salud):

- r “Esclerosis múltiple: ¿cuáles son los síntomas y el tratamiento?”
- r “La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad del sistema nervioso central (cerebro y médula espinal). Este sistema controla el funcionamiento del cuerpo y sus acciones, como el equilibrio y el movimiento. Cada nervio en el sistema nervioso central está rodeado por una sustancia grasosa llamada mielina. La mielina ayuda a los mensajes del cerebro a viajar de forma rápida y sin problemas hacia el resto del cuerpo. En la EM, la mielina está dañificada, interfiriendo en la transferencia de los mensajes (como un cable de teléfono pelado) (...)”.

1. Contextualización estructurada

La contextualización estructurada del tema de la pregunta le dará al solicitante, de manera didáctica, datos pertinentes, pero que no constan directamente en la pregunta (definición, epidemiología, etiología, diagnóstico, tratamiento, pronóstico y contexto psicosocial, entre otros). Aunque el solicitante no haya requerido esas informaciones, las actualizaciones al respecto siempre son convenientes y, generalmente, necesarias.

En ese sentido, cuestiones que involucran etiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico han sido abordadas, cada vez más, por profesionales de nivel básico y medio. Las teleconsultorías deben ampliar la

visión de salud de esos profesionales (en general, los agentes comunitarios de salud, ACS, son los que menos reciben capacitación), sin dejar margen para que estos sean sobrecargados indebidamente con tareas diagnósticas o terapéuticas que no forman parte de sus atribuciones, ya sea por presión de la comunidad, omisión de otros miembros del equipo o por una visión idealizada de sí mismos.

En esos casos es importante resaltar informaciones sobre cómo reconocer un problema (señales de alerta y no de diagnóstico), entender una enfermedad (fisiopatología simple, principalmente con la función de evitar rotulación de pacientes, eliminar mitos, fantasías y prejuicios) y promoción de hábitos saludables en relación con el enfoque de la duda, además de informaciones sobre tratamiento que ayuden a los profesionales de nivel básico y medio a aumentar la confianza del paciente en el equipo y en las medidas adoptadas con un discurso, en su lenguaje, que refleje el de los profesionales de nivel superior.

Para reforzar el vínculo de esos profesionales con el resto del equipo (donde hubiera esa abertura), es importante direccionar al solicitante a discutir el asunto con el profesional o los profesionales de su equipo más relacionados con el tema.

2. Contexto psicosocial

El contexto psicosocial requiere un abordaje más específico, ya que los problemas clínicos se presentan en APS de forma diferente de aquellos que se observan en otros niveles de atención.

Por ser la APS el acceso de primer contacto, muchos pacientes buscan al equipo de salud por problemas cuyo origen está en situaciones de la vida diaria que generan en ellos malestar físico y psicológico, además de producir dificultades emocionales claras u ocultas y que no se encuadran en los diagnósticos tradicionales (que generalmente describen y evalúan enfermedades y no individuos).

Los problemas psicosociales son aquellos que involucran situaciones de estrés social y que producen, en los individuos afectados, crisis y disfunciones familiares, que pueden generar manifestaciones clínicas en forma de enfermedades somáticas o psíquicas.

Ejemplo de sollicitación por profesional de nivel básico (Agente Comunitario de Salud):

r “¿Qué causa la depresión y cuáles son los síntomas?”.

r (...) CONTEXTO PSICOSOCIAL: Es importante verificar si hubo muerte, separación o mudanza (residencia, migración) en la familia y si existen relaciones familiares conflictivas o si existen problemas con vecinos o amigos (dificultades

de relación, muerte, enfermedades, amenazas). Además, puede haber problemas en el trabajo o en la escuela (cambio de cargo, desempleo, jubilación, pérdida del año escolar). O existir dificultades económicas en la familia o problemas con la comunidad (violencia, drogas, riesgo de desastre natural). Aspectos como abuso sexual, abuso de drogas y adopción entre los miembros de la familia también pueden ser abordados, si fuera oportuno. La ausencia de recursos en el cuidado de individuos enfermos (familia, red de apoyo, recursos disponibles en el sistema de salud/comunidad) también puede estar relacionada con el problema. Si todas estas cuestiones son consideradas por el ACS, pueden facilitar y auxiliar mucho el abordaje terapéutico de todo el equipo de salud con el paciente y con la familia.

3. Atributos de la APS

En núcleos de telesalud orientados por la APS, toda respuesta, siempre que fuera posible y aplicable, deberá contener referencia a sus atributos, conforme la definición de Starfield (1992). La ejemplificación de los atributos de la APS en el contexto de la pregunta y en la óptica de la categoría profesional del solicitante es una tarea compleja. A continuación se presenta un ejemplo que cubre todos los atributos de la APS, en sollicitación de profesional de nivel medio (técnico de enfermería):

- r “¿Qué es toxoplasmosis? ¿Señales? ¿Síntomas? Y cuál es la relación de la madre gestante con la enfermedad?”(...)
- r Acceso: las gestantes deben iniciar el acompañamiento prenatal en el primer trimestre y hacer los exámenes adecuadamente.
- r Integralidad: las gestantes que contrajeron toxoplasmosis durante el embarazo deben ser derivadas a prenatal de alto riesgo o medicina fetal para evaluación complementaria.
- r Longitudinalidad: los bebés con toxoplasmosis neonatal deben ser vigilados para el tratamiento oportuno de complicaciones como, por ejemplo, estrabismo.
- r Coordinación del cuidado: el equipo de salud debe tener conocimiento y participar de recomendaciones que el binomio madre-bebé pueda recibir en ambulatorios de prenatal de alto riesgo o enfermedades congénitas.
- r Orientación familiar, comunitaria y competencia cultural: los gatos pueden representar una manera de controlar la población de ratas,

buscar entender su papel y cómo la familia y la comunidad interactúan con estos animales.

4. Promoción de la salud y prevención de enfermedades

La promoción de la salud se refiere a medidas que no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar general. Según la Carta de Ottawa (1986) “es un proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejoría de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control de ese proceso”. Las estrategias de promoción enfatizan la transformación de las condiciones de vida y de trabajo que forman la estructura subyacente a los problemas de salud y, por eso, demandan un abordaje intersectorial.

Las acciones preventivas se definen como intervenciones orientadas a evitar el surgimiento de enfermedades específicas o de sus complicaciones, reduciendo su incidencia y prevalencia en las poblaciones. La prevención en salud exige una acción anticipada, basada en el conocimiento de la historia natural a fin de tornar improbable el progreso posterior de la enfermedad.

Ejemplo de promoción de la salud y de prevención de enfermedades en sollicitación de profesional de nivel básico:

- r “¿Causas de la infertilidad masculina? ¿Existe tratamiento y métodos para revertir este problema?”.
- r Un paso importante para quedar embarazada es garantizar una vida saludable, para lo que se debe mantener un peso adecuado, ejercicios físicos regulares, una dieta saludable, evitar el tabaco, el alcohol, las drogas y el estrés, y evaluar y tratar enfermedades sexualmente transmisibles (DST).

En relación con la prevención en salud, vienen recibiendo atención especial la prevención cuaternaria y no apenas la prevención primaria, como erróneamente ha sido introyectado en los profesionales de salud a lo largo de los años. La prevención cuaternaria consiste en el conjunto de actividades que trata de evitar los daños causados por el sistema sanitario, una versión moderna del viejo *primum non nocere* (primero, no hacer daño). El objetivo de la prevención cuaternaria es que la intervención de salud no empeore la situación de salud, ni cause sufrimiento adicional al paciente. Se trata de evitar intervenciones sin evidencias de beneficios en el contexto de la APS y adecuar las actividades a la persona y su situación, limitando los daños innecesarios.

5. Educación permanente

En la construcción de la respuesta, el teleconsultor debe instigar al solicitante, de forma implícita y explícita, a la búsqueda de más información, de forma autónoma o a partir de nuevas preguntas al NT. La forma implícita ocurrirá naturalmente si los estándares de contextualización estructurada y de complementación oportuna son

respetados y se adopten acciones de refuerzo positivo. El refuerzo positivo debe ser utilizado siempre que el teleconsultor detecte solicitudes relevantes y bien estructuradas.

Para la forma explícita la regla es que, siempre que sea posible, cada respuesta a una solicitud deba contener, al final, una pregunta sin respuesta, formulada por el teleconsultor y asociada al tema de la solicitud original para efectos de inducir una línea de aprendizaje.

- r ¿Usted sabe cuáles son las señales de alerta en la evaluación de una lumbalgia? Pregunte al telesalud.

Informaciones complementarias

En la respuesta, algunas informaciones complementarias son importantes para fundamentar la búsqueda autónoma de más información.

Todas las referencias utilizadas en la producción de la teleconsultoría deben ser informadas en el lugar identificado de la respuesta. Por ocupar menos espacio, se sugiere el estándar Vancouver secuencial, con las respectivas indicaciones numéricas junto al cuerpo del texto de la respuesta.

Se trata de una forma general y sumaria de presentar el nivel de evidencia de las informaciones citadas en la respuesta. El estándar a continuación es una breve descripción de la conducta y el grado de recomendación, en el mismo orden en que ocurrieron en la respuesta.

También se deben describir, de forma sucinta, las palabras clave que fueron útiles en la localización de referencias en Internet.

Ejemplos de estrategias de búsqueda:

- r “Como debe ser hecho el acompañamiento de pacientes con hipertiroidismo subclínico en relación con exámenes solicitados, períodos de tiempo a ser pedidos, indicación de tratamiento, investigación de la causa”.

Estrategia de búsqueda: hipertiroidismo/enfermedades del sistema endócrino; hipotiroidismo/diagnóstico.

Evaluación del proceso

Le compete al teleconsultor evaluar si la solicitud, además de ser inédita, es pertinente para ser aplicada en los contextos regionales o nacionales de salud, o sea, si la calidad de la pregunta y de la respuesta hace de esa teleconsultoría en proceso una candidata a figurar en el banco de nacional de SOF.

En algunos momentos, como durante la auditoría del muestreo aleatorio, el regulador podrá señalar esa posibilidad, pero solo el teleconsultor, después de finalizar el proceso, podrá hacer rutinariamente esa selección.

Todas las potenciales SOF deben ser enviadas por el teleconsultor al regulador, para que este las envíe al proceso de anonimización y revisión por especialistas en APS en instancias superiores al núcleo de telesalud.

Conclusiones

La ordenanza GM/MS 2.546/2011, que expandió la telesalud más allá de la APS, abarcando los demás niveles de atención pone como responsabilidad de las secretarías estatales de salud:

“Promover la articulación de Telesalud Brasil Redes a la regulación de la oferta de servicios y a la Central de Regulación Médica de las Urgencias, en alianza con la gestión municipal y federal de salud, de forma compartida y articulada con los puntos de atención de la red” (Ministerio de Salud, 2011).

La resolución CIB/RS 237/2011, que versa sobre la regulación ambulatorial y pone como factor de priorización de derivaciones a aquellas realizadas mediante procesos de telesalud, tuvo eco en varios gobiernos estatales. Aunque algunos de ellos incluyan la teleconsultoría en sus flujos de regulación de derivaciones, la solicitud de teleconsultoría todavía depende de varios factores relacionados con el profesional de salud.

En lo que respecta a la iniciativa y motivación, un trabajo reciente realizado en Rio Grande do Sul (Castro Filho, 2012) mostró que cerca del 30% de los médicos que tuvieron acceso al sistema de telesalud durante un largo período, no la utilizaron (usuarios cero). La reducción de los usuarios cero pasa, esencialmente, por la calificación del proceso de solicitud, regulación y respuesta.

Todavía hay mucho por investigar en relación con la efectividad de acciones de telesalud, no obstante, en lo que respecta a indicadores de resultado, Castro Filho (2012) demostró que, en la experiencia de Telesalud RS, de cada dos teleconsultorías solicitadas por profesionales médicos, una derivación de paciente es evitada en otros niveles de atención.

Telesalud RS, como integrante del Programa de Posgrado en Epidemiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul y todo su equipo agradece la oportunidad de colaborar con la sedimentación de las prácticas de telesalud.

Se espera que la telesalud, que en nuestro país ya se elevó de proyecto a programa de salud, pueda convertirse en una política de salud.

Bibliografía

- Aquino, R., N. Oliveira y M. Barreto (2008), “Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities”, *American Journal of Public Health*, vol. 99, Nº 1.
- Bezerra Filho, J. y otros (2007). “Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará/Brasil, no período 2000-2002”, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 23, Nº 5.
- Castro Filho, E. D. y otros (2012), “Telessaúde para Atenção Primária”, *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*, G. Gusso y J. M. C. Lopes (orgs.), Porto Alegre, Artmed.
- Facchini, L. y otros (2008), “Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas”. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 24, Nº 1.
- Facchini, L. y otros (2006), “Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde”, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11, Nº 3.
- Green L. A. y otros (2001), “The Ecology of Medical Care Revisited”, *New England Journal of Medicine*, vol. 344, Nº 26.
- Macinko, J. y otros (2007), “Going to scale with community based primary care an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004”, *Social Science & Medicine*, vol. 65, Nº 10.
- Macinko, J., F. Guanais y M. Souza (2006), “Evaluation of the impact of Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, vol. 60, Nº 1.
- Ministerio de Salud (2011), *Portaria*, Nº 2.554, del 28 de octubre de 2011, Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.
- ____ (2006), “Política nacional de educação permanente em saúde”, *serie Textos básicos de salud, série Pactos por la salud*, vol. 9, Brasilia.
- ____ (2001), *Portaria*, Nº 2.546, del 27 de octubre de 2011, Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (1964), *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920*, Washington, D. C.
- Ottawa (1986), Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Ottawa, 21 de noviembre de 1986, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Piccini, R. y otros (2007), “Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil”, *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, vol. 7, Nº 1.
- Rocha, P. y otros (2008) “Avaliação do programa saúde da família em municípios do nordeste brasileiro: velhos e novos desafios”, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 24, Nº 1.
- Roncalli, A. y K. Lima (2006), “Impacto do PSF sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte do Nordeste do Brasil”, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11, Nº 3.

Starfield, B. (1992), *Primary Care: Concept, Evaluation and Policy*, Nueva York, Oxford University Press.

White, K. L., T. F. Williams y B. G. Greenberg (1961), "The ecology of medical care",

New England Journal of Medicine, vol. 265, N° 18.