

Evaluación cualitativa de experiencia piloto PRO-CASER, como método para mejorar la pertinencia de interconsultas desde Atención Primaria con uso de Telemedicina

QUALITATIVE EVALUATION OF THE PILOT TRIAL OF PROCASER, A TELEMEDICINE-BASED METHOD TO IMPROVE THE APPROPRIATENESS OF CONSULTATIONS FROM PRIMARY CARE

RESUMEN

Entendiendo la problemática de Lista de Espera (LE) y el alto número de interconsultas no pertinentes, surge el Proyecto centros de atención de Salud en Red, "PROCASER".

Objetivo principal: *Evaluar el resultado de esta experiencia piloto como herramienta para la gestión de interconsultas.*

Diseño y Método: *Estudio descriptivo de tipo transversal. Muestra no probabilística por conveniencia, tamaño muestral de 28 profesionales.*

Durante cinco meses se desarrollaron reuniones semanales por videoconferencia en la que médicos generales de cuatro centros de APS (Atención Primaria de Salud) se conectaron por teleasistencia con un médico especialista del centro de referencia (Hospital Dr. HHA Temuco-Chile), rotatorio según semana y patología a tratar. Se presentaron casos clínicos de LE desde APS con mismo diagnóstico según semana, permitiendo resolver la interconsulta, evaluar pertinencia y reforzar conceptos según patología. Se desarrollaron 14 reuniones, resolvieron 38 casos clínicos y reforzaron conceptos de 16 patologías. Al término del proyecto se aplicó un cuestionario vía internet a los médicos participantes.

Resultados: *79% respondieron esta encuesta; 95% consideró que se potenció la comunicación entre médicos APS con especialistas; 100% que se reforzaron conceptos y criterios de derivación; 91% afirmó que en caso de mantenerse la actividad de forma anual, pudiese disminuir el número de interconsultas no pertinentes.*

Conclusión: *Si bien aún no es factible conocer el impacto real, PROCASER pudiese ser a futuro una nueva forma de asociar la telemedicina a un nuevo método de trabajo para mejorar la pertinencia de derivación y disminuir las LE.*

Palabras clave: telemedicina, lista de espera, atención primaria de salud, estudio transversal, educación médica continua.

KARINA GALLEGOS

Facultad de Medicina,
Universidad de La
Frontera. Temuco, Chile
y Servicio de Salud
Araucanía Sur,
Hospital Dr. Hernán
Henríquez Aravena.
Temuco.
karinagallegos@gmail.com

Agradecimientos

Departamento de Medicina Interna, Universidad de La Frontera; Servicio de Salud Araucanía Sur; Departamento de Salud Municipal de Temuco; Dirección Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (HHA); Servicio de Cardiología y Medicina Interna Hospital HHA; Directores CESFAM Pedro de Valdivia, Labranza, Boyeco, Villa Alegre; Equipo Médico perteneciente a los CESFAM Pedro de Valdivia, Boyeco, Labranza y Villa Alegre; Admisión Hospital HHA; Equipo de Informática HHA.

Conflicto de interés: Ninguno que declarar.

Trabajo recibido el 24 de febrero de 2017. Aceptado el 6 de junio de 2017.

ANSTRACT

In light of the issue of wait lists (WL) and the high number of unnecessary consultations, the Network of Primary Health Care Centers Project (known as "PROCASER", for its acronym in Spanish) was born.

Main objective: To evaluate the results of a pilot trial of PROCASER as a method to manage consultations.

Design and Methods: Cross-sectional descriptive study, with a non-probabilistic convenience sample of 28 general practitioners.

Over the course of five months, weekly meetings were held via videoconference between general practitioners from four primary health care centers (PHC) and a specialist from the referral center (Hospital Dr. HHA in Temuco, Chile); which specialist participated depended on the pathology discussed. Each week, clinical cases from the WL that shared a diagnosis were presented by the PHC physicians to the specialist to discuss the consultation, evaluate its pertinence, and reinforce concepts about the pathology. There were a total of 14 meetings, during which 38 clinical cases were resolved, and 16 pathologies were discussed. At the end of the project, an online survey to evaluate the program was administered to the participating physicians.

Results: Of the participating physicians, 79%, answered the survey. Of those, 95% felt that communication between medical specialists APS was enhanced by PROCASER, 100% said that their knowledge of pathologies and their referral criteria were strengthened; and 91% said that if the program were continued on an annual basis, it could reduce the number of irrelevant consultations.

Conclusion: While it is not yet possible to know the real impact, Although the quantitative results are not yet available, the results of the survey suggest that PROCASER could be a new way to associate telemedicine to a work method to improve the relevance of consultations and decrease WL.

Keywords: telemedicine, wait list, primary health care, cross-sectional study, continuing medical education.

INTRODUCCIÓN

En los distintos Centros de Salud se extienden diariamente múltiples interconsultas para evaluación por especialidad. Esto, asociado a un déficit en el número de especialistas,¹ ha originado que en Chile nuestras listas de espera alcancen una magnitud de 1.644.471 según informes de MINSAL.² No obstante, al menos un 10% de esas interconsultas se estima no pertinente, es decir, como mínimo 164 mil de ellas están provocando una pérdida de recursos sin ningún aporte al beneficiario.³ Aun peor, prolongan la espera de atenciones pertinentes y en muchos de los casos originan una nueva interconsulta.

El enfoque actual para resolver dicho problema está dirigido a otorgar mayores herramientas a nivel APS,^{4,5} manteniendo una gestión en red preocupada de resolver listas de espera con adecuada referencia-contrareferencia,⁶ que permite mejorar su resolu-

tividad. En la misma línea se han planteado a nivel nacional diversas acciones tales como aumento en las horas de especialista enfocado en equipos móviles, teleasistencia, consultorías, cursos, en su gran mayoría con una intención educativa, estableciéndose distintos objetivos, pero sin demostrar con claridad cuál de todos los métodos utilizados resulta más costo-efectivo.^{7,8} Sin embargo desde el punto de vista metodológico educativo existen múltiples estudios que avalan que el mayor impacto en la práctica clínica se logra a partir del aprendizaje basado en casos, aprendizaje interactivo en grupos y aquellos que involucran programas de más de una sesión a lo largo del tiempo.⁹

Por su parte, la telemedicina ha ayudado a disminuir el problema existente de distancia¹⁰ logrando, entre otras funciones, mantener la comunicación entre médicos de atención pri-

maria con médicos especialistas enfocados tanto en resolver casos clínicos de LE como permitir capacitaciones a distancia. La tecnología ha llegado a tal nivel que solo contando con computadores con videocámara, micrófono y parlante conectados a una señal de internet, sin necesidad de dispositivos particulares, permite desarrollar reuniones por videoconferencia con distintos fines.

A partir de esta problemática y recursos mencionados nace el Proyecto Centros de Atención de Salud en Red, PROCASER, que se propone mejorar la comunicación entre médicos de atención primaria de salud (APS) y especialistas, abordando como tema principal la pertinencia de interconsultas de patologías más frecuentemente derivadas. El objetivo principal de este proyecto es evaluar el resultado de esta experiencia piloto como herramienta para la gestión de interconsultas con uso de telemedicina.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño y tipo de estudio: Estudio descriptivo de tipo transversal.

Población: Médicos generales que se desempeñan en CESFAM y médicos subespecialistas que pertenecen a hospital de referencia.

Muestreo: Se trabajó a partir de una muestra no probabilística por conveniencia tanto al escoger médicos generales como médicos especialistas dada la metodología de trabajo y los recursos existentes. Se solicitaron los permisos correspondientes al DSM Temuco, directores de CESFAM participantes, Servicio de Salud Araucanía Sur y Hospital Dr. HHA, Dpto. de Medicina Interna de la Universidad de La Frontera, Servicios de Cardiología y de Medicina Interna del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (HHA).

Se incluyó a todos los médicos generales que desempeñaban funciones en cuatro centros de atención primaria dependientes del Departamento de Salud Municipal (DSM) de Temuco y que mantenían convenio con la Universidad de La Frontera: CESFAM Pedro de Valdivia;

Boyeco; Labranza y Villa Alegre. Todos los médicos, en total 15, aceptaron formar parte del proyecto.

También se incluyó a médicos subespecialistas pertenecientes al Departamento de Medicina Interna de la Universidad de La Frontera, Servicio de Cardiología y Servicio de Medicina Interna que desempeñaban funciones en el Hospital Dr. HHA (centro de referencia de los CESFAM incluidos). Dado que se consideró como plan piloto una proyección de cinco meses de trabajo, se escogió en forma dirigida cinco subespecialidades de Medicina Interna (para trabajar con una subespecialidad por mes) que presentaran lista de espera importante. Todos los médicos a los cuales se les presentó el proyecto aceptaron formar parte de él. Participaron dos reumatólogos, tres nefrólogos, dos endocrinólogos, tres cardiólogos y tres gastroenterólogos. Dos subespecialistas no lograron participar finalmente del proyecto, uno de ellos por motivos de salud y otro por problemas de agenda, por lo cual dichas reuniones fueron reagendadas con antelación con otros especialistas.

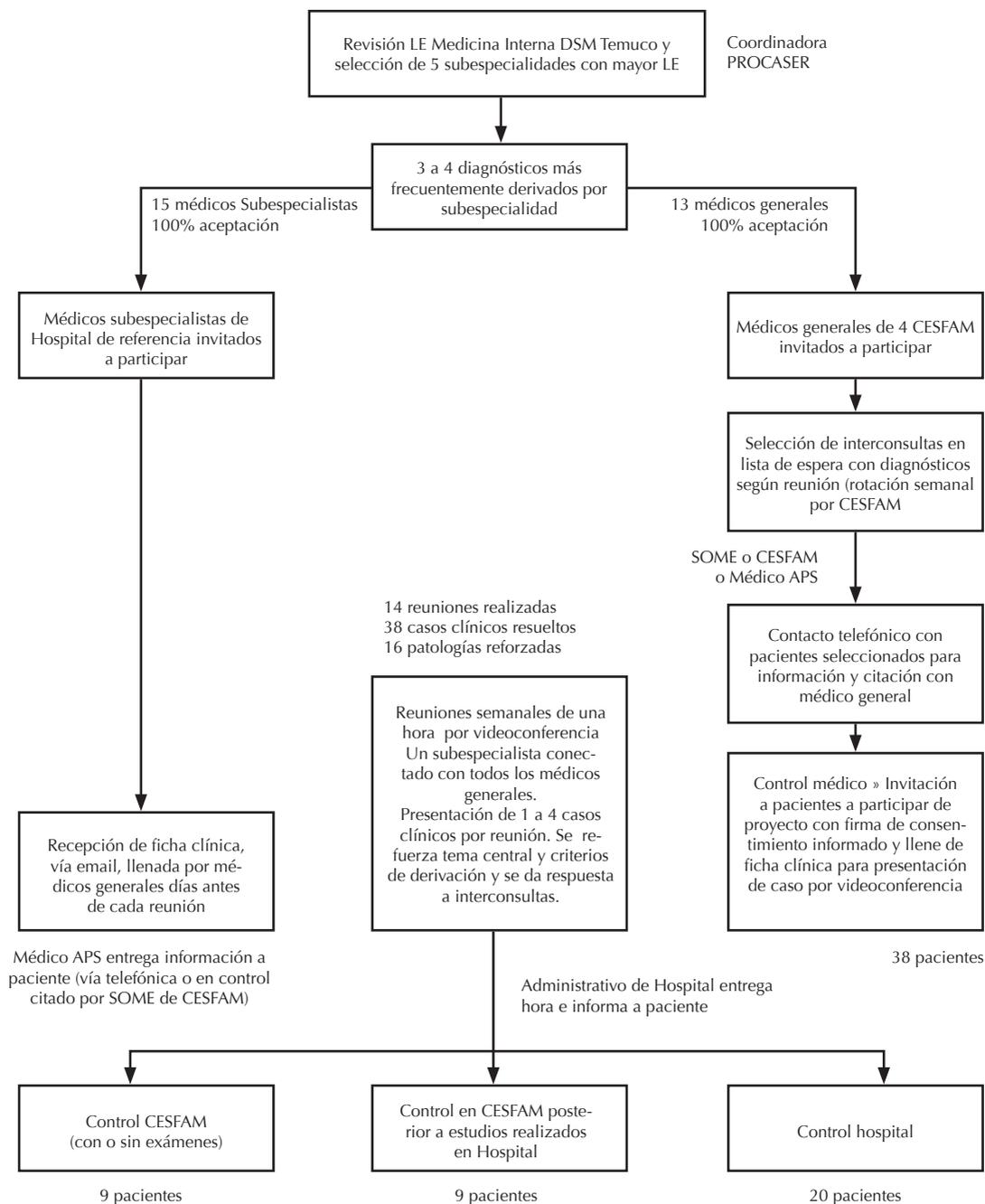
Una vez desarrollada toda la programación, se realizó una encuesta a todos los médicos participantes con el fin de evaluar su apreciación de esta nueva metodología de trabajo, como una forma de mejorar la pertinencia de las interconsultas.

Detalle de actividades

Se evaluaron las Listas de Espera (LE) de cinco subespecialidades de Medicina Interna, seleccionadas por tener mayor LE del Departamento de Salud Municipal de Temuco (Fig. 1), y a partir de ellas se seleccionaron tres a cuatro diagnósticos, por cada rama, que terminaron representando más del 90% de las derivaciones de dichas subespecialidades. De esta forma se realizó un calendario, asignándose uno o dos temas para ser tratados en reuniones semanales de una hora de duración por videoconferencia, con participación de médicos generales con un especialista rotativo.

Se asignó un mes para cada subespecialidad.

Figura 1. Flujograma PROCASER



LE: Lista de Espera
 DSM: Departamento de Salud Municipal
 CESFAM: Centro de Salud Familiar

Para la conexión se utilizó una plataforma gratuita (hangouts) requiriéndose solo de computador con cámara y micrófono en cada centro participante.

En forma rotatoria por centro se solicitó a los médicos APS buscar casos clínicos de Lista de Espera que coincidieran con los diagnósticos según calendario. Posterior a ello se dio la posibilidad a los pacientes seleccionados que se encontraban con una derivación a especialista pendiente, resolver su interconsulta por medio de teleasistencia en reuniones médicas sin estar ellos presentes. Tras su aceptación, fueron reevaluados por el médico de APS, quien completó el formato de evaluación de paciente (Anexo 1) y tras explicar a los pacientes respecto a la metodología de trabajo (presentación de su caso a especialista sin estar presentes), se dejó firmado el consentimiento informado de consultoría de teleasistencia (Anexo 2). Estos documentos se hicieron llegar a la coordinadora y especialista correspondiente con uno o dos días de anticipación a su presentación formal en la reunión para ser anexados posteriormente en las fichas clínicas respectivas del hospital de referencia.

A través de reuniones semanales por videoconferencia de una hora de duración, todos los médicos pertenecientes a los cuatro CESFAM se conectaron con un especialista. Junto al especialista a nivel del hospital estuvo presente la coordinadora del proyecto, quien cumplió la función de guiar las reuniones y confirmar la correcta conexión a la plataforma, junto con un administrativo perteneciente a admisión del hospital. Este último estaba encargado de entregar al especialista las fichas clínicas de los pacientes que se presentaron en cada reunión y posteriormente respaldar lo tratado más los consentimientos informados en las fichas. En los casos en que el especialista indicó que el paciente debía ser controlado o realizarse algún examen en el hospital, fue el encargado de desarrollar las gestiones correspondientes e informar al paciente respecto de sus horas próximas de atención. En los casos que se decidió control en el consultorio, fueron los mismos médicos APS los encargados de entregar la respuesta a los pacientes respectivos.

En cada reunión se presentaron de uno hasta cuatro casos clínicos coincidentes en su diagnóstico. De esta forma el especialista dio respuesta a cada caso, reforzando en forma general conceptos relacionados a la patología respectiva, qué exámenes solicitar, cómo lograr una mayor resolutivez en APS, y en qué casos derivar. Los médicos generales en forma abierta tuvieron la oportunidad de resolver dudas asociadas y a su vez aclarar puntos al especialista respecto, por ejemplo, de recursos existentes en cada centro de atención primaria.

Se desarrollaron 14 reuniones en las que se resolvieron 38 casos de lista de espera por metodología de teleasistencia y reforzaron conceptos de 16 patologías (Tabla 1). Catorce de los 38 casos clínicos fueron considerados no pertinentes por parte de los subespecialistas tras ser presentados en las reuniones respectivas, es decir, un 37%. Cabe destacar que dentro de este número, en cinco de los casos se solicitaron exámenes en el hospital que podrían haber sido realizados en APS. Específicamente endoscopia digestiva alta (en que el especialista voluntariamente los aceptó como sobrecupo para las semanas siguientes) y ecografía abdominal.

Veinte de los casos clínicos presentados tuvieron indicación de control en hospital de referencia, en que se consideró necesaria la evaluación presencial con especialista. Alguno de ellos, con indicación de presentarse con actualización de exámenes a realizar en APS.

Nueve de los casos clínicos presentados se mantuvieron con indicación de control en APS, es decir, la reunión realizada fue suficiente para resolver las dudas, en algunos casos recomendar tratamiento y, por tanto, dar respuesta a los pacientes por sus médicos tratantes.

Otros nueve de los casos clínicos requirieron exámenes que debían ser realizados en el hospital para luego ser reevaluados en APS. En esta condición, el especialista señaló a los médicos APS cuáles debían ser las conductas a seguir dependiendo de los eventuales resultados a encontrar, incluyendo la necesidad o no de evaluación por especialista. Se dejaron las órdenes visadas para ser entregadas en forma directa a los pacientes con sus horas respectivas a través del encargado de admisión.

Finalmente, como una forma de evaluar la nueva metodología de trabajo desarrollada, al finalizar el proyecto se aplicó una encuesta a todos los médicos participantes.

Instrumento de medición: Cuestionario individual cerrado de cinco preguntas.

Dado que este proyecto se basó en el desarrollo de una nueva metodología de trabajo, fue necesario crear dicho cuestionario. Para validarlo, se dio a conocer el proyecto PROCASER a seis médicos que trabajan en

el sistema público, pero que no participaron de las actividades, y se les solicitó que leyeran cada pregunta para confirmar si eran capaces de contestar entendiendo en forma clara lo que se les preguntaba y si las alternativas propuestas eran adecuadas.

La primera de las preguntas se utilizó para evaluar el origen de los médicos, especialistas o APS, y las cuatro restantes con respuestas dicotómicas, respondiendo Sí o No (Tabla 2).

Tabla 1. Temas tratados y número de casos clínicos evaluados por reunión

Especialidad	Tema	Nº Casos Clínicos Presentados
Gastroenterología	RGE/Gastritis	3
	Enf. Hepática	2
	Hemorragia Digestiva	4
Endocrinología	Hipotiroidismo	2
	Hipertiroidismo	3
	Nódulo Tiroideo	1
Cardiología	Arritmias	3
	Insuficiencia Cardíaca	2
	Cardiopatía Coronaria	4
	Reunión Administrativa	
Nefrología	Enfermedad Renal Crónica	3
	Nefropatía, hematuria	3
	HTA	3
Reumatología	A. Reumatoide	3
	LES/Sjogren	2

Tabla 2. Cuestionario dirigido a médicos generales y especialistas participantes de PROCASER

Pregunta 1: Señale la Subespecialidad en la que se desempeña // CESFAM al que pertenece

Pregunta 2: En relación a las reuniones desarrolladas por proyecto PROCASER, ¿cree que esta actividad permite potenciar la comunicación de médicos de atención primaria con médicos especialistas? R: Sí/No

Pregunta 3: ¿Estima que la reunión realizada permitió reforzar conceptos y criterios de derivación de una patología determinada? R: Sí/No

Pregunta 4: ¿Estima que la patología central que se evaluó en su reunión, a través de los casos clínicos presentados, es un motivo frecuente de interconsulta? R: Sí/No

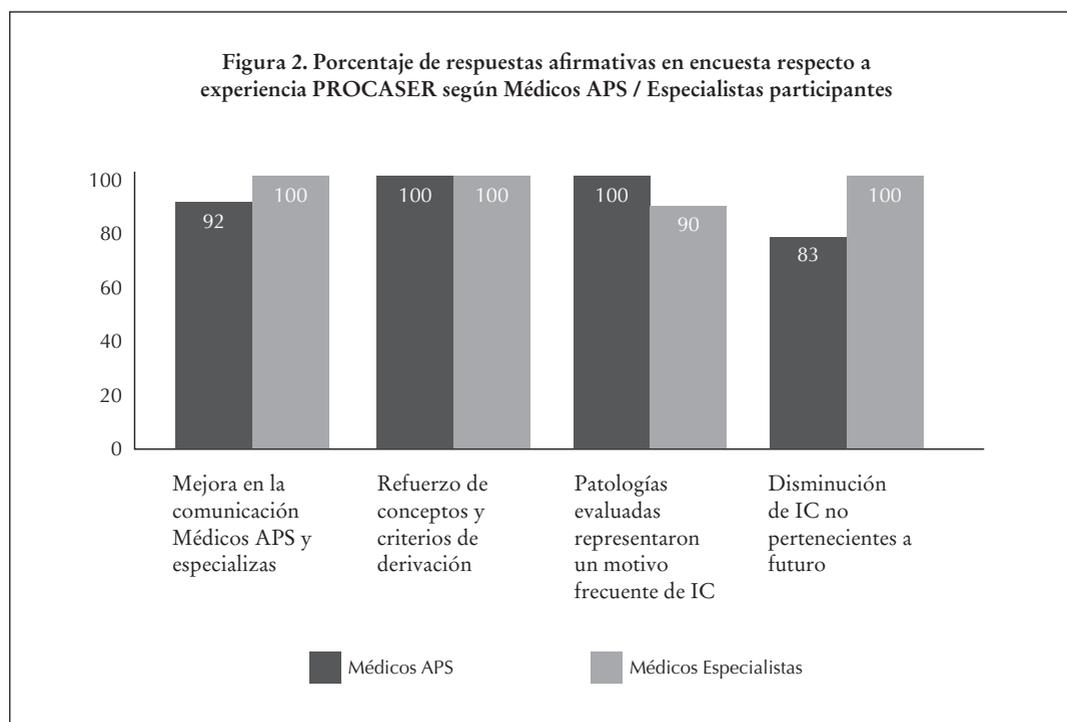
Pregunta 5: ¿Cree que de mantenerse esta actividad en forma anual pudiese disminuir el número de interconsultas no pertinentes? R: Sí/No

*Preguntas Realizadas a médicos APS número 3 y 4 fueron presentadas en plural.

Recolección de datos: Se utilizó un programa que tras permitir el envío de encuesta a los correos electrónicos de todos los médicos participantes (especialistas y generales), permitió recibir los resultados de éstas en forma automática online, desconociendo los autores. De esta manera se procedió a analizar la información. El 80% de médicos generales y 78% de médicos especialistas respondieron la encuesta.

RESULTADOS

La primera pregunta dirigida a los especialistas fue para determinar la subespecialidad a la que correspondían y en el caso de los médicos APS para determinar el CESFAM en el que se desempeñaban. De los 15 médicos generales participantes, un 80% contestó la encuesta y de los 13 médicos especialistas, un 77%.



Las preguntas siguientes guardaron relación con la percepción de los médicos participantes en cuanto al desarrollo y utilidad del proyecto, pudiendo responder sí/no. De las encuestas enviadas, la totalidad de ellas fue contestada en forma completa.

El 95% de los médicos encuestados consideró que se potenció la comunicación entre médicos APS con especialistas; 100%, que se reforzaron conceptos y criterios de derivación; 95% consideraron que las patologías evaluadas representaron un motivo frecuente de derivación; 91% afirmó que en caso de mantenerse la

actividad de forma anual, pudiese disminuir el número de interconsultas no pertinentes. En la Figura 2 se muestran las respuestas afirmativas obtenidas por cada pregunta según médicos APS y médicos especialistas.

DISCUSIÓN

Sin duda la telemedicina¹¹ es una herramienta que cada vez cobra mayor interés. La tecnología actual implementada prácticamente en todos los centros de salud ya nos permite, a lo menos, lograr una interacción entre profesio-

nales de salud (con o sin pacientes) independientemente de nuestra ubicación.

Los informes y estudios publicados respecto a la aplicación de telemedicina son en su mayoría internacionales y, por lo general, suelen informar experiencias en ramas específicas tales como refuerzo educativo a pacientes crónicos, refuerzo respecto a tratamiento, consultas a especialistas para diagnóstico y tratamiento, entre otros.

A nivel nacional una de las experiencias más destacadas en esta área se ha logrado con la aplicación de tele-electrocardiografía, que sin duda ha sido un gran apoyo en los servicios de urgencia en centros de menor complejidad, y el Programa Galileo de Telemedicina Cardiovascular, responsabilidad del Servicio de Talcahuano y Arauco,¹² que integra la interconsulta electrónica, la electrocardiografía en sus diversas modalidades y la ecocardiografía, comunicando sitios remotos de derivación con un centro de especialidad, bajo el concepto de eficiencia en la toma de decisiones clínicas y resolución terapéutica.

De acuerdo al Informe Mesa de Trabajo Telemedicina, Programa Estratégico Nacional "Salud + Desarrollo,"¹³ queda clara la relevancia de estas experiencias nacionales, pero nuevamente se plantea la necesidad de realizar estudios que permitan evaluar costo-efectividad de los distintos programas.

Dado que, según lo señalado, la telemedicina implica un sinnúmero de posibilidades para su aplicación, resulta cuestionable si es factible medir su impacto de una forma global.

Esto queda demostrado en una revisión Cochrane, actualizada el año 2015,¹⁴ que incluyó estudios que aplicaban telemedicina interactiva (comunicación a distancia entre paciente y profesional de salud). Tras incluir 94 ensayos, con más de 20 mil pacientes, la conclusión fue bastante desalentadora; la telemedicina interactiva puede conducir a resultados de salud similares a la prestación cara a cara de la atención, pero el costo para un servicio de salud y la aceptabilidad por los pacientes y los profesionales de la salud no está clara.

Si bien PROCASER utiliza la telemedicina para la resolución de casos clínicos que

se encuentran en lista de espera, su objetivo principal va mucho más allá. Con una metodología de trabajo que implica una coordinación permanente y sistemática basada en las necesidades de Lista de Espera, intenta mejorar la gestión de interconsultas entregando mayores herramientas a médicos APS para mejorar su resolutivez y, por tanto, disminuir a largo plazo el número de derivaciones no pertinentes. Desarrollando un programa de educación médica continua a distancia¹⁵ dirigido a médicos APS y liderado por médicos especialistas, permite en forma secundaria igualmente por telemedicina, resolver de manera inmediata interconsultas en Listas de Espera. Entendiendo que su objetivo va más allá de responder a consultas o casos clínicos individuales, la telemedicina pudiese ser un método mucho más eficiente y costo efectivo.

Al momento de evaluar los resultados obtenidos de la encuesta, podemos ver que junto con mejorar la comunicación entre médicos generales y especialistas (pregunta que a pesar de creerse obvia, no obtuvo un 100% de afirmación), se confirmó la percepción de haber reforzado conceptos y criterios de derivación, lo cual probablemente de forma secundaria permite a los médicos participantes proyectar que con el tiempo pudiese lograrse una disminución en la elaboración de interconsultas no pertinentes. En general se consideró que las patologías evaluadas fueron un motivo frecuente de interconsultas, lo cual igualmente permite confirmar que los médicos generales y especialistas están conscientes de las patologías que conducen al mayor número de derivaciones.

Si bien no es factible comparar los resultados de la encuesta desarrollada al final del proyecto con otros estudios por la metodología empleada, la percepción favorable de la actividad por parte de los médicos participantes como forma de mejorar la gestión de interconsultas y disminuir a futuro las listas de espera, impulsa a continuar con el proyecto y realizar estudios más completos a largo plazo.

Limitaciones

Dado que el proyecto se desarrolló a corto plazo y en un grupo reducido tanto de médicos especialistas como generales, no es factible lograr una medición real del impacto de esta nueva metodología de trabajo reflejada en la lista de espera.

La falta de respuesta y envío de encuesta por parte de todos los médicos que participaron, que fue de alrededor de un 21%, igualmente debe considerarse como un eventual sesgo de información.

La utilización de encuesta como primera aproximación muestra una buena aceptación a esta nueva metodología, pero evidentemente no nos permite concluir si existe como consecuencia una disminución en la elaboración de interconsultas no pertinentes.

Cabe mencionar que al final del proyecto no se consideró la opinión de los pacientes cuyas interconsultas fueron resueltas.

Como proyección futura, es factible ampliar la propuesta y desarrollar un calendario anual que permita la participación de todas las especialidades críticas en LE y replicar el equipo de trabajo en otros centros APS para desarrollar las reuniones conjuntas. Sin embargo la exigencia de mantener una adecuada coordinación y conexión a internet es un factor a considerar.

Igualmente se hace necesario evaluar en una próxima etapa el eventual impacto como método de educación médica a distancia con instrumentos objetivos.

REFERENCIAS

1. López J, Alvo M, Hervé L, Chamorro H, Saieh C, Aguiló J et al. Especialistas médicos: brechas, realidad, futuro y necesidad de un esfuerzo nacional mancomunado. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2014; 79(1): 51-55.
2. Cordero A, Pinilla M, Valderrama S. Manual Proceso de Registro de Lista de Espera no GES [en línea]. Chile: Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Gestión de la Información [consultado el 10.08.2015]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Manual%20FINAL.pdf>.
3. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. *Orientaciones técnicas y metodológicas, compromisos de gestión en el marco de las redes integradas de servicios de salud. Compromiso de Gestión N°4.* 10 de marzo de 2015, p. 33-37.
4. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud más necesaria que nunca.* Ginebra: OMS; 2008.
5. Rey A, Acosta N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *Rev Gerenc Poli. Salud,* Bogotá (Colombia). 2013; 12(25): 28-39.
6. Vergara M, Bisama L, Moncada P. Competencias esenciales para la gestión en red. *Rev Med Chile.* 2012; 140: 1606-12.
7. Chile. Ministerio de Salud. Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales. Dpto. de Estudios, innovación y Gestión para la información. *Lista de Espera no GES (enero-Septiembre) año 2014; Garantías incumplidas no reclamadas, retrasos GES* [en línea]. Octubre 2014. [consultado el 10.08.2015]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/image2015-04-07-165945.pdf>
8. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. *Instrumento de selección y evaluación consultorio de excelencia.* Santiago, MINSAL; 2011.
9. Margolis A. Tendencias en educación médica continua a distancia. *Inv Ed Med.* 2013; 2(1): 50-54.
10. Alzaga X, Ligüerre I, Escosa A, Barceló P. Servicio de interconsultas on-line entre médicos de familia y especialista: una experiencia piloto. *Congreso fundacional I+C investigar la comunicación.* Asociación Española de Investigación de la Comunicación 30, 31 de enero y 1 de febrero de 2008, Santiago de Compostela.
11. Fernández J, Mérida R. Telemedicina: futuro o presente. *Rev Haban Cienc Méd* [en línea]. 2010;9(1).Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000100017&lng=es..

12. Pacheco J. Utilización de Tecnologías de la información y comunicación (TICS) en Atención Primaria: Derivación Electrónica por Galileo. Presentado en las *Primeras Jornadas Buenas Prácticas en APS y Salud Familiar*. Agosto 2012.
13. Informe mesa de trabajo Telemedicina, Programa Estratégico Nacional “Salud +Desarrollo”. Febrero 2016.
14. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. Review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 7; (9): CD002098
15. Díaz Barriga F. El aprendizaje basado en problemas y el método de casos. En: Díaz Barriga F. *Enseñanza situada: vínculo entre la escuela y la vida*. México: McGraw Hill, pp. 61-83.

ANEXO 1

Formato de evaluación de interconsulta por medio de videoconferencia

PROCASER
Proyecto Centros de Atención de Salud en Red

Datos del Paciente

Nombre y Apellidos:

Edad:

Procedencia (urbana/rural):

Teléfono :

RUT:

NF Hospital:

CC:

Antecedentes Mórbidos:

Antecedentes Familiares:

Fármacos:

Cuadro clínico (de acuerdo al motivo de derivación)

Examen Físico (incluir signos vitales de último control)

Exámenes de laboratorio relacionados:

De existir y según corresponda otros estudios (en caso de existir en CD o impresas deben ser enviadas con antelación idealmente con copia o por correo para ser presentados al especialista previo a la reunión), informe:

Motivo de derivación, Hipótesis diagnóstica:

Conclusión de la evaluación por videoconferencia:

- Hipótesis diagnóstica:
- Indicaciones (cambio de fármacos; exámenes a solicitar)
- Controles próximos (APS u Hospital). Si se decide control en Hospital, a nivel de APS se deberá contactar a paciente para que retire desde el hospital hoja de control y solicite al mismo tiempo su hora (hoja quedará firmada por el especialista en el mismo momento de la reunión y entregada al paramédico correspondiente).

Firma Médico APS

Firma Médico Interconsultor

ANEXO 2

**Consentimiento informado consultoría
por videoconferencia (teleasistencia)**

PROCASER
Proyecto Centros de Atención de Salud en Red

Definición: La consulta Telemédica a través de Dispositivos Móviles de Teleasistencia (DTM) corresponde a una consulta virtual que se desarrolla entre el Médico Tratante de los Hospitales de Baja Complejidad y Consultorios o CESFAM, y el Médico Especialista del Hospital de Alta o Mediana Complejidad en presencia del paciente que genera la consulta a través de su cuadro clínico.

Para tal efecto se requiere que el Médico Tratante consulte y envíe los datos clínicos, imágenes o exámenes pertinentes a través de los DMT a un Médico Especialista, quien orientará sobre el diagnóstico y tratamiento del paciente.

AUTORIZACIÓN

Yo,.....
RUT.....; autorizo al Dr.
Del Centro de Salud..... a través del Dispositivo Móvil de Teleconsulta a un Médico Especialista para que oriente a mi médico tratante sobre el diagnóstico y/o manejo de mi patología en reuniones que se realizarán en conjunto con médicos de otros CESFAM

Firma:
RUT:
Fecha: