

Teleinterconsultas en la provincia de Buenos Aires: el desafío de la gestión del cambio para favorecer su apropiación

Teleinterconsultation in the province of Buenos Aires: the challenge of change management to foster its appropriation

Au

Natalia Estefanía Sánchez ¹
Yamila Comes ¹

Candela Galante ¹
Melisa Molina ¹
Lucrecia Zappa ¹

Licenciada en Trabajo Social y Diplomada en Salud digital
Psicóloga, Magíster en Salud pública, Doctora en psicología,
Pos Doctorado en Salud colectiva
Licenciada en Nutrición
Médica especialista en Clínica médica
Profesora de Sociología

¹ Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina

nataliasanchez.pba@gmail.com

Rs

RESUMEN

Este artículo toma como objeto de análisis las teleinterconsultas realizadas a través de la Historia de Salud Integrada, con el propósito de explorar los desafíos que enfrentan las innovaciones tecnológicas cuando no existe una necesidad sentida o una cultura organizacional que facilite su apropiación. En ese sentido, uno de los principales retos actuales es fomentar la demanda en torno a la telemedicina, tanto en su dimensión asistencial como formativa, así como acompañar los procesos de cambio cultural y organizacional en la microgestión que implica la transformación digital en salud. Se reúnen aquí conclusiones elaboradas en la mesa de trabajo interáreas conformada para evaluar y actualizar la estrategia de implementación del componente de teleinterconsultas dada la escasa usabilidad registrada. Es pertinente aclarar que esta publicación no aborda limitaciones en el uso y acceso al software, tales como la conectividad o el equipamiento, por ser aspectos contemplados en los convenios de implementación de la HSI con hospitales provinciales y municipios, aunque se reconoce que se trata de factores indispensables para utilizar el sistema y que constituyen una barrera de implementación a derribar.

Palabras clave:

Telemedicina; Registros Electrónicos de Salud; Gestión del Cambio; Salud Digital.

Ab

ABSTRACT

This article analyzes teleinterconsultations carried out through the Integrated Health Record (IHR) in order to explore the challenges faced by technological innovations when there is neither a perceived need nor an organizational culture that facilitates their adoption. In this sense, one of the main current challenges is to stimulate demand for telemedicine - both in its care-related and educational dimensions - while supporting the cultural and organizational change processes in micro-management that digital transformation in healthcare entails. The article brings together the conclusions developed by an inter-area working group convened to assess and update the implementation strategy of the teleinterconsultation component, given the limited usability observed to date. It is important to clarify that this paper does not address limitations in software access and use - such as connectivity or hardware - because they are aspects covered under IHR implementation agreements with provincial hospitals and municipalities. However, it is acknowledged that such factors are essential for system use and represent implementation barriers that must be overcome.

Keywords:

Telemedicine; Medical Record Systems; Change Management; Digital Health.

In

INTRODUCCIÓN

El fortalecimiento de las tecnologías digitales y de los sistemas de información en salud en todos los niveles y jurisdicciones tiene centralidad en la política impulsada por el Programa Salud Digital Bonaerense del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, enmarcado en el Plan Quinquenal de Salud 2022-2027 (1). Este programa lidera la implementación de un ecosistema integral de sistemas de información en más de 600 establecimientos sanitarios del territorio bonaerense, con el objetivo de alcanzar los 135 municipios para el año 2027 (2). Su propósito es claro: consolidar una política de información en salud que promueva la integración de sistemas, fortalezca la generación de conocimiento en el subsector público, mejore la gestión sanitaria y garantice el derecho a la salud de la ciudadanía.

Entre los desarrollos clave del programa se encuentra la Historia de Salud Integrada (en adelante HSI), concebida como un bien público digital de alto valor estratégico. La HSI no solo permite unificar historias clínicas y estandarizar la gestión asistencial en el sector público, sino que también se proyecta como una herramienta clave para la integración del sistema de salud provincial y para la expansión de la telemedicina ¹, mejorando así la accesibilidad en todo el territorio. Además, el programa promueve el uso de estándares y estrategias de interoperabilidad como la identificación unívoca de personas e instituciones, HL7/FHIR (para el intercambio de información en salud) y SNOMED CT (estándar terminológico), con el fin de optimizar la integración de datos y generar estadísticas confiables que respalden una toma de decisiones más eficiente y oportuna.

Dentro de la HSI, uno de los componentes innovadores es la incorporación de funcionalidades correspondientes a la telesalud. La telesalud comprende un conjunto amplio de actividades vinculadas a la salud que se apoyan en tecnologías de la información y la comunicación (TICs), especialmente útiles cuando la distancia representa una barrera para el acceso. Se despliega en cuatro dimensiones: teleconsulta o telemedicina (de primera o segunda opinión), telegestión, teleducación y teleinvestigación (3-5). La teleconsulta, en particular, constituye una de las principales innovaciones de los servicios sanitarios tanto en lo organizacional como en lo asistencial al introducir transformaciones tecnológicas, culturales y sociales que impactan tanto a los equipos de salud como a la ciudadanía (5). Su implementación abre la posibilidad de poner las TICs al servicio del derecho a la salud, democratizando el acceso, descongestionando servicios urbanos y fortaleciendo la oferta de cuidados en la Red Bonaerense de Atención y Cuidados de la Salud. En este marco, en septiembre de 2023, el Ministerio de Salud presentó dos líneas estratégicas en el ámbito de la transformación digital

bonaerense: la Red de Diagnóstico por Imágenes y las Interconsultas Virtuales a Distancia, actualmente denominadas teleinterconsultas. Ambas herramientas han sido incorporadas como nuevos componentes de la HSI.

Este artículo toma como objeto de análisis las teleinterconsultas realizadas a través de la HSI, con el propósito de explorar los desafíos que enfrentan las innovaciones tecnológicas cuando no existe una necesidad sentida o una cultura organizacional que facilite su apropiación. En ese sentido, uno de los principales retos actuales es fomentar la demanda en torno a la telemedicina, tanto en su dimensión asistencial como formativa, así como acompañar los procesos de cambio cultural y organizacional en la microgestión que implica la transformación digital en salud.

Se reúnen aquí conclusiones elaboradas en la mesa de trabajo interáreas conformada para evaluar y actualizar la estrategia de implementación de dicho componente dada la escasa usabilidad registrada. Es pertinente aclarar que no será foco de esta publicación el hecho de que existen limitaciones en el uso y acceso al software, tales como la conectividad o el equipamiento, por ser aspectos contemplados en los convenios de implementación de HSI con hospitales provinciales y municipios. Esto no implica desconocer que se trata de factores indispensables para utilizar el sistema y que constituyen una barrera de implementación a derribar (3).

TELESALUD EN ARGENTINA

Entre los factores que impulsaron la adopción de la telemedicina en Argentina se encuentran el alto alcance de la conectividad ya existente en el país y los avances regulatorios en la materia. Las primeras conexiones de banda ancha en Argentina datan de finales de la década de los 90; ya para el año 2021 el 83% de la población estaba conectada y el 90% de los hogares tenía acceso a internet, siendo la provincia de Buenos Aires una de las dos áreas con mayor número de ingresos a internet registrados en dicho año (4). Por otro lado, desde principios del 2019, se contó con un Plan Nacional de Telesalud 2018-2024 (resolución N°21/2019 de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación) y desde 2020 con la sanción del Proyecto de Ley de Telemedicina, siendo esta última una oportunidad para alcanzar la atención médica digital y la conectividad nacional en el ámbito de la salud (4). En relación con este punto, el Banco Interamericano de Desarrollo en un estudio sobre el desarrollo de la telemedicina en la región ubica a dicho proyecto como un escalón más en el circuito normativo argentino (5).

¹ Tomamos la definición de telemedicina que propone la OMS, siendo esta “la utilización de las TIC para la transferencia de información médica con finalidades diagnósticas, terapéuticas y educativas” (3).

En lo que circunscribe a la seguridad de los datos y la digitalización de las historias clínicas, en febrero de 2023 se reglamentó la Ley 27.553 de Recetas electrónicas o digitales y la Ley 27.706 de creación del Programa Federal Único de Informatización y Digitalización de Historias Clínicas de la República Argentina (6, 7). Ambas robustecen el marco normativo y generan las condiciones necesarias para la ampliación de la salud digital, la telesalud y la telemedicina.

La Ley 27.553 establece en su artículo 1 inciso b que pueden utilizarse plataformas de teleasistencia en salud en todo el territorio nacional, de conformidad con la Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales y la Ley 26.529 de Derechos del Paciente. Asimismo, toda prescripción electrónica o digital y plataforma de teleasistencia en salud debe reunir los requisitos técnicos y legales de acuerdo con la legislación vigente. En su artículo 2 bis, se habilita la modalidad de teleasistencia para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración de las mismas, garantizando los derechos establecidos en la Ley 26.529 de Derechos del Paciente (6).

Cabe destacar que existían en el país prácticas y experiencias pioneras de telesalud y telemedicina, como las desarrolladas por el Hospital Garrahan de Pediatría y el Hospital Italiano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Hoy las teleinterconsultas en la HSI son la primera estrategia estatal en la provincia de Buenos Aires que toma como soporte tecnológico seguro y confiable a la HSI e intenta llegar con ella a todos los establecimientos de salud bonaerenses.

Se las concibe como una instancia de interconsulta a distancia entre dos profesionales o especialistas de los equipos de salud, con o sin paciente presente en la consulta, permitiendo a las/os profesionales realizar la videollamada, al mismo tiempo que navegan por las evoluciones, solicitudes y estudios registrados en la historia clínica del paciente por el cual se consulta. Se utilizan para orientar el diagnóstico, adecuar solicitud de estudios y exámenes complementarios, acordar el inicio de tratamiento específico en conjunto y las características del mismo, aunar criterios de derivación y planificar la misma conjuntamente. Además, tienen el potencial de ser herramienta de aprendizaje y formación permanente tanto para residentes de distintas especialidades como para los equipos de salud.

Las interconsultas entre profesionales de una misma especialidad o de especialidades diferentes son una práctica extendida y necesaria para el tratamiento integral y adecuado de una situación de salud-enfermedad-atención-cuidado de una persona. El problema es que se efectúan mayormente en el ámbito de la informalidad, es decir, se realizan sin quedar registro en las historias clínicas de las personas. Por otra parte, se encuentran condicionadas por las redes personales de las/os profesionales y por la disponibilidad del especialista en la red asistencial local. Formalizar e institucionalizar mecanismos de teleinterconsultoría atañe al efectivo

cumplimiento del derecho a la salud de la ciudadanía y el respeto a los derechos del paciente, entre ellos la disponibilidad de la información y documentación clínica para el titular de la historia clínica, en papel o electrónica.

Más aún, las interconsultas en la HSI en un contexto de auge de la digitalización en la cotidianeidad de las personas (billeteras virtuales, educación a distancia, compras desde páginas web, habilitación de recetas electrónicas, etc.) viene a intentar saldar la distribución inequitativa y desigual de ofertas de especialidades médicas para dar respuesta oportunas al seguimiento de tratamientos, diagnósticos y urgencias, reduciendo el número de traslados, disminuyendo las derivaciones innecesarias y acortando distancias geográficas. Siendo esta la primera estrategia vinculada a la telesalud en la HSI, y con la certeza de pronto avances en relación con la modalidad de teleseguimiento, las expectativas en cuanto a su perdurabilidad y viabilidad son optimistas.

OFERTA DE TELEINTERCONSULTAS DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

En la oferta de interconsultas a distancia se encuentran especialidades catalogadas como críticas, ya sea por la elevada demanda o por estar distribuida inequitativamente en el vasto y heterogéneo territorio bonaerense. Éstas son: Oncología, Oncohematología, Cuidados paliativos, Consumos problemáticos, Psiquiatría, Endocrinología pediátrica, Inmunología infantil, Infectología adultos e infantil, Cardiología adultos y pediátrica, Neumología adultos y pediátrica, Reumatología adultos y pediátrica, Oncohematología pediátrica, Traumatología pediátrica, Gastroenterología pediátrica, Genética médica, Neurología pediátrica y Nutrición Infantil.

Los profesionales teleinterconsultores (quienes abren la videollamada en la HSI y registran la contrarreferencia) pertenecen a dieciocho hospitales provinciales. Fueron convocados y capacitados para utilizar de manera idónea la HSI y resolver solicitudes de referencia realizadas por profesionales de toda la provincia.

DIAGNÓSTICO DEL USO DE LA HERRAMIENTA

A partir de la evaluación del uso de la herramienta de teleinterconsulta en la HSI, implementada en establecimientos hospitalarios de la provincia de Buenos Aires durante un año, se observó una utilización del componente menor a lo esperado.

Con el fin de promover una revisión crítica de lo implementado, se realizaron entrevistas a actores clave involucrados, quienes mencionaron la dificultad para realizar el paso a paso en el sistema. El proceso para generar una solicitud de interconsulta es largo y recae

completamente sobre el profesional solicitante, lo que desalienta su uso en contextos de alta demanda asistencial. Además, se encontraron inconvenientes para coordinar horarios entre profesionales lo cual devino en olvidos de las citas e impactó negativamente en la concreción de las interconsultas.

A su vez, el hecho de que haya sido presentada bajo el nombre de "teleconsulta de segunda opinión" generó en una presentación del producto confusa y no acertada, pudiendo desincentivar aún más la utilización. A esto se suma que muchos profesionales refieren no conocer en profundidad los posibles beneficios y fortalezas de la herramienta, por lo que sería necesario sugerir escenarios concretos de aplicación.

Por otra parte, encontramos que dentro de la telemedicina este componente de interconsulta pareciera ser menos convocante, aunque no así menos significativo, frente a la modalidad de teleseguimiento (paciente-profesional) que ganó legitimidad y adherencia en la atención en contexto de emergencia sanitaria por Covid-19 (8).

Estos hallazgos se encuentran en sintonía con la evidencia internacional en materia de análisis de implementación de proyectos de telemedicina, más precisamente con las barreras vinculadas al ámbito organizacional y al ámbito humano (3). Proponemos el siguiente cuadro comparativo para dar cuenta de los puntos críticos encontrados:

Cuadro 1: Identificación de puntos críticos

Identificación de puntos críticos del problema detectado			
Estrategia de difusión	Funcionalidad y circuito establecido en HSI	Oferta en Hospitales "nodos" (proceso ejecutante)	Demanda (apropiación, adherencia y usabilidad de potenciales solicitantes)
Denominación dada a la estrategia poco enunciativa y atractiva para la/el destinataria/o	Escasa familiaridad con la posibilidad de solicitar referencias en la HSI	Ausencia de perfil administrativo-enlace en el flujo de solicitudes de teleinterconsultas	Desconocimiento de las fortalezas y beneficios de las interconsultas a distancia
Acompañamiento presencial insuficiente para difundir las teleinterconsultas	La carga de trabajo para el profesional solicitante: cuantiosos pasos en el circuito	Estrategia de implementación, administración de agendas y diálogo con las/os profesionales ejecutantes por fuera de la gestión hospitalaria	Prevalencia del hábito de la interconsulta informal
Unidimensionalidad de la propuesta, centrada en la comunicación sincrónica		Incompatibilidad de horarios entre solicitantes y ejecutantes para realizar la videollamada	Resistencias a la transformación digital en los espacios de trabajo (factor humano)
Escasa contemplación de la incorporación de solicitudes de lugares con implementación parcial o nula de HSI		Ausencia de los profesionales ejecutantes al momento de la atención virtual	Necesidad de alfabetización digital

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas a actores clave.

PLANIFICANDO LA GESTIÓN DEL CAMBIO

Para dar respuesta a los problemas detectados y adecuar la herramienta al contexto, fueron revisados distintos aspectos: marcos organizacionales, conceptuales, así como también los usos y prácticas habituales del público destinatario y la posibilidad existente de ofrecer un producto sincrónico y asincrónico para debilitar la barrera del horario. El propósito fue adecuar la herramienta de teleinterconsulta a las necesidades reales de los equipos de salud.

Desde una perspectiva organizacional y de usos y costumbres, se indagó en los mecanismos actuales para la resolución de situaciones clínicas que requieren una segunda opinión. Se estimó que las/os profesionales suelen recurrir a redes informales para resolver este tipo de consultas, utilizando tanto instancias presenciales dentro de los hospitales —a menudo a través de encuentros con distintos grados de formalidad— como canales de comunicación a distancia, especialmente aplicaciones de mensajería como WhatsApp o redes personales de colegas. Desde un enfoque conceptual, se exploraron los usos actuales de la telemedicina y se identificaron condiciones que favorecen su adopción: la existencia de barreras de acceso a la consulta presencial, la complementariedad efectiva entre niveles de atención de quien la ofrece y quien la recibe, y la posibilidad de vincular al solicitante con el profesional consultado, a través de una red de referentes previamente establecidos, entre otras (9, 10). Estas condiciones podrían ser aplicables también al uso de teleinterconsulta, ya que la finalidad de la misma es similar a la de telesalud, solo que cambian los actores y el motivo de la comunicación.

Por otro lado, también se analizó la posibilidad de ofrecer teleinterconsultas asincrónicas para responder de manera amplia a las necesidades de horarios de las/os profesionales.

La implementación de las teleinterconsultas fue planificada para ser ofrecida en centros de salud o servicios de baja y mediana complejidad, con y sin internación, para que los ejecutores respondan con mayor complejidad y de esta manera fortalecer la Red Bonaerense de Atención y Cuidados de la Salud con foco en la atención primaria de la salud (1).

Luego del análisis, el gran desafío fue planificar el cambio organizacional para promover el uso de las interconsultas, rescatando el valor agregado de una teleconsulta de segunda opinión que genera registro en la historia de salud integrada del usuario y que sirve de base de un histórico para futuras consultas de una o varias especialidades.

Por otra parte, se promovieron instancias de trabajo conjunto con distintos actores para innovar en los circuitos previamente establecidos que excluían la potencial incorporación de profesionales que no implementaban la HSI en sus establecimientos.

A su vez, se decidió unificar la multiplicidad de líneas de cuidado existentes en una única línea denominada “teleinterconsultas”, lo que simplifica el proceso para el profesional solicitante.

PLANIFICACIÓN DE LA GESTIÓN DEL CAMBIO: CONSTRUYENDO A LA TELEINTERCONSULTA COMO UN PRODUCTO

Aun sin compartir los supuestos fundantes del enfoque de mercado, en esta experiencia resultó pertinente retomar ciertos aportes del marketing social como herramienta estratégica para orientar la comunicación y favorecer la adhesión a una política pública específica. En este sentido, comprender la lógica de diseño de un producto en salud implica considerar simultáneamente dos dimensiones: una tangible y otra intangible. La dimensión tangible abarca las características funcionales del producto, su operatividad, aplicaciones concretas, así como también sus atributos visuales y el atractivo incorporado al diseño. Por su parte, la dimensión intangible se vincula con los sentidos, valores, expectativas y significados que el producto adquiere para quienes lo utilizan. En este caso, se refiere a la forma en que las/os profesionales de la salud reciben, interpretan y aceptan la herramienta. Esta dimensión incluye tanto los valores asociados al producto como las percepciones subjetivas —positivas o negativas— que inciden en su apropiación y uso, más allá de sus cualidades objetivas (11). Para construir la teleinterconsulta como un producto adaptado a las necesidades y que ofrezca una utilidad tanto práctica como resolutoria para las/os profesionales, es necesario abordar todos estos aspectos. En este sentido, las herramientas del marketing social juegan un papel clave.

El primer paso consiste en renombrar la herramienta de una manera más accesible y cercana. La denominación “teleconsulta de segunda opinión” podía resultar contraproducente, ya que podía generar interpretaciones equívocas tanto en su dimensión tangible como intangible.

En segundo lugar, es necesario analizar la existencia de la necesidad. En nuestro contexto, dicha necesidad está presente, pero actualmente se resuelve por vías alternativas. El desafío es lograr que esa necesidad latente se canalice hacia el uso de la herramienta formal y digital, lo cual requiere una comunicación clara del valor agregado que esta aporta. Para esto, la comunicación resulta fundamental. En este sentido, y siguiendo estos lineamientos, la teleinterconsulta debería ser difundida como una herramienta con capacidad para responder preguntas clínicas, en cualquier horario (sincrónica o asincrónica), con el valor agregado de registro en una historia de salud integrada, que permite responder de manera formalizada preguntas provenientes de niveles de atención inferiores dirigidas a niveles de atención superiores (garantía de especificidad en la respuesta) sin necesidad de traslado ni del profesional ni del usuario.

Una vez definido el producto en sus aspectos tangibles (características funcionales) e intangibles (beneficios simbólicos, emocionales o sociales, así como los riesgos que ayuda a reducir), es posible identificar su valor agregado: aquello que enriquece la percepción del uso del producto y constituye un elemento clave para aumentar su atractivo. Este valor agregado debe ser el eje central de la estrategia de comunicación dirigida a las/os profesionales que serán potenciales usuarios de la herramienta, ya que es lo que puede movilizar su interés, confianza y disposición al cambio. Una vez configurado el producto y definido su valor agregado, la estrategia de cambio se vuelve más clara y orientada, facilitando su diseño e implementación de manera coherente con los objetivos propuestos.

Descongelando las prácticas

La primera etapa implica planificar cambios controlados en los servicios de salud para que se pueda implementar el uso de la herramienta y asegurarnos que se utiliza. Para esto fue necesario planificar estrategias que apunten a crear conciencia crítica sobre lo imperativo de actualizar los modos de las interconsultas clínicas actuales por el uso sistemático de la teleinterconsulta como herramienta formal, trazable y útil. Asimismo, promover una mayor confianza en los avances vinculados a la transformación digital, derribando mitos sobre la lejanía del cambio o la despersonalización en los encuentros.

Toda gestión de cambio conlleva una dinámica que se inicia en lo que Kurt Lewin denominó la fase de “descongelar” (unfreezing), es decir, el momento en que se comienza a cuestionar el estado actual y se genera conciencia de la necesidad de cambio (12). Esta etapa es fundamental para movilizar a los actores involucrados, ya que implica romper con inercias previas, identificar tanto resistencias como prejuicios y preparar el terreno para la transformación. Esta fase requiere no sólo un diagnóstico técnico de la situación, sino también una estrategia de implicación activa de las personas, que son quienes en definitiva concretan los cambios en las organizaciones.

En el caso de la implementación de la teleinterconsulta, el proceso de “descongelar” supone visibilizar cómo se realizan actualmente las interconsultas, identificando tanto sus componentes tangibles (como la accesibilidad, rapidez o funcionalidad percibida), como sus dimensiones intangibles (valores simbólicos, confianza interpersonal, percepciones de utilidad, miedos o resistencias). También implica reconocer el valor agregado que los equipos atribuyen a estas prácticas, como la flexibilidad o la resolución ágil fuera del sistema formal. Al problematizar estos valores, se abre la posibilidad de construir una narrativa de cambio que resignifique la teleinterconsulta basada en plataforma digital como una solución concreta, apropiable, trazable y alineada con los sentidos, necesidades y prácticas de los equipos de salud.

Esta diferencia de valor entre lo que actualmente hacen los equipos de salud —a través de prácticas, generalmente informales— y lo que podrán hacer mediante una plataforma digital de teleinterconsulta, debe ser traducida en mensajes comunicacionales claros y estratégicos. Es fundamental que la comunicación destaque esas diferencias, no sólo en términos funcionales (como mayor trazabilidad, seguridad y coordinación), sino también en los beneficios simbólicos, emocionales y sociales que aporta el cambio. Hacer visible el nuevo valor agregado que introduce la herramienta permite reforzar su legitimidad, aumentar su atractivo y facilitar su apropiación por parte de los equipos profesionales, contribuyendo así a la sostenibilidad de la innovación.

Durante este análisis, se identificaron como principales resistencias la preferencia por modalidades informales —por razones de confianza, rapidez o costumbre—, el desconocimiento de los beneficios de una herramienta formal y trazable, la posible percepción de burocracia o complejidad en el acceso, y la ausencia de experiencias previas positivas. Estas barreras no sólo son técnicas u operativas, sino profundamente simbólicas y culturales.

Como parte de la gestión del cambio se planificó la posibilidad de realizar encuestas para comprender cómo se ve a la herramienta y cuál es la experiencia del usuario, como también para indagar acerca de creencias, valores, miedos y percepciones subjetivas de utilidad (13). Esta información permitirá ajustar las intervenciones y diseñar mensajes claros y persuasivos que comuniquen el valor agregado de la teleinterconsulta: su capacidad para garantizar respuestas clínicas formales y trazables, integradas en la HSI, accesibles en modalidad asincrónica, sin necesidad de traslado de pacientes ni profesionales, mejorando así la calidad, seguridad y eficiencia del proceso asistencial, y fortaleciendo el rol clínico del profesional que realiza la consulta.

Fortaleciendo a los agentes de cambio

Para facilitar estos cambios, resulta imprescindible identificar y empoderar agentes de cambio. En este caso, los propios implementadores² de la herramienta son las personas más capacitadas para asumir este rol. Su función no debe limitarse a capacitar técnicamente, sino que, si se aspira a una transformación sostenida en el tiempo, deberán acompañar activamente a los equipos, facilitar la resolución de obstáculos y promover una cultura de uso colaborativa y sostenida.

Acciones contempladas en el plan de gestión del cambio

En función de dinamizar el cambio se planificaron acciones de capacitación y sensibilización que incluyen la divulgación de información general a actores involucrados,

² Dentro de la estrategia de implementación de la HSI, se formaron implementadores provinciales de sistemas de información en salud; a su vez, en los hospitales y municipios se cuenta con equipos locales de implementación que articulan cotidianamente con el nivel central de la Dirección de Salud Digital Bonaerense.

usabilidad del componente, talleres con casos reales y propuesta de monitoreo. El diseño del plan contempla que, una vez que se haya generado la conciencia de necesidad de cambio, la fase siguiente implica intervenir sobre acciones, prácticas y estructuras para introducir el nuevo modelo. En este sentido, se trabajará con las Salas de Gestión de Usuario hospitalarias³ y los Nodos Regionales⁴ de Regulación del acceso para que promuevan las teleinterconsultas como alternativa o apoyo ante una demanda de derivación. En esta etapa se deben poner en marcha acciones necesarias para que las personas comiencen a experimentar, conocer y, progresivamente, apropiarse del nuevo sistema.

Estas pautas sólo serán exitosas si se internalizan a través del aprendizaje colectivo, la participación y demostración empírica del valor agregado de la herramienta. El papel de agente de cambio es acompañar, facilitar y reforzar de manera proactiva las transformaciones deseadas (13).

En la fase de implementación del cambio se contemplan diversas acciones orientadas a facilitar la apropiación progresiva de la herramienta. Entre ellas se incluyen la simplificación de la experiencia de uso mediante talleres prácticos y asistencia técnica inicial; el desarrollo de pilotos con equipos predispuestos, cuyas experiencias serán documentadas y visibilizadas; la sensibilización sobre los usos y beneficios en la atención; la formación situada y continua, con incorporación de la herramienta en los circuitos de trabajo habituales; la generación de incentivos simbólicos, como el reconocimiento a los equipos involucrados; y el acompañamiento cercano por parte de agentes de cambio, que brindarán soporte técnico y adaptarán las estrategias según las necesidades emergentes de los servicios.

Recongelando

Una vez logrado instalar el producto, pasamos a la etapa siguiente que se denomina recongelar (refreezing). En esta etapa se busca estabilizar el nuevo comportamiento de uso y convertirlo en parte de la cultura organizacional. No solo se espera que la herramienta sea utilizada, sino que su uso sea considerado legítimo, útil, confiable y parte del hacer clínico cotidiano.

Como parte de la planificación desarrollada para consolidar el cambio y garantizar la sostenibilidad del uso de la herramienta se han definido un conjunto de acciones centradas en el monitoreo, la retroalimentación y la institucionalización del nuevo modelo. Entre ellas, se contempla la incorporación de indicadores de uso en los tableros de gestión y la evaluación de su impacto clínico y organizacional. A partir de la experiencia recogida, se prevé realizar ajustes en función de la escucha activa a los usuarios, con el objetivo de simplificar o mejorar aspectos

como la interfaz, los tiempos de respuesta o los criterios de activación. Asimismo, se planificó formalizar el uso de la teleinterconsulta involucrando a los equipos de gestión hospitalaria, integrándola en los protocolos de atención, en la formación continua del personal y mediante la designación de referentes en cada servicio para sostener su implementación. La estrategia incluye, además, la difusión de casos exitosos y de mejoras concretas en la atención, como la reducción de derivaciones innecesarias y el fortalecimiento de la continuidad del cuidado. Finalmente, se buscará alinear el cambio con los valores institucionales de equidad, integralidad y trabajo en red, reconociendo el protagonismo de los equipos como actores clave de la transformación.

DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN

A partir del diagnóstico realizado, como grupo de trabajo analizamos inicialmente la forma en que estábamos ofreciendo las teleinterconsultas. Este análisis nos permitió identificar la necesidad de incorporar valor agregado a la herramienta, incluyendo la modalidad asincrónica, la posibilidad de utilización por parte de establecimientos de menor complejidad (favoreciendo la complementariedad entre niveles de atención) y su disponibilidad tanto para instituciones que utilizan la HSI como para aquellas que aún no la han incorporado. Estas decisiones nos acercaron progresivamente a la definición más robusta del producto que presentamos en los párrafos anteriores. Sin embargo, uno de los desafíos pendientes es fortalecer la propuesta destacando la trazabilidad como un valor tangible, asociado a mayor seguridad clínica y organizacional en el mediano y largo plazo.

Desde esta perspectiva, los principales desafíos en la implementación se agrupan en tres grandes dimensiones: el diseño del producto, la gestión del cambio y su institucionalización como práctica habitual en el sistema de salud.

En relación con la estrategia de implementación, se definió una fase de "descongelamiento" centrada en acciones de sensibilización y capacitación, con públicos destinatarios diferenciados según el rol de cada actor. En esta etapa surgen dos desafíos clave. El primero es lograr la participación activa de los equipos profesionales en el proceso de cambio, como condición para su aceptación y sostenibilidad, abordando resistencias culturales, operativas y simbólicas. El segundo es conformar un equipo técnico especializado que acompañe la gestión del cambio, con capacidad para apoyar a los servicios en la apropiación de la herramienta, facilitar su integración en los circuitos habituales y garantizar su posterior institucionalización.

³ Se trata de dispositivos de gestión hospitalaria que centralizan los procesos del hospital vinculados a la gestión de turnos, camas y solicitudes a la red acorde a un modelo de atención por cuidados progresivos.

⁴ Se trata de centrales de gestión de turnos entre establecimientos municipales y provinciales que están localizados en cada una de las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires.

Una vez lograda la apropiación progresiva por parte de los equipos de salud, el desafío pasa a ser consolidar su uso e integrarlo como una práctica habitual dentro de los servicios: es la etapa de "recongelamiento". Esta fase busca estabilizar el nuevo comportamiento organizacional, asegurando que la herramienta no solo sea utilizada, sino también legitimada como parte del hacer clínico cotidiano, percibida como útil, confiable y facilitadora de los procesos asistenciales. Para ello, se definieron un conjunto de acciones orientadas a institucionalizar la teleinterconsulta dentro del sistema de salud. Estas incluyen la incorporación de indicadores de uso en los tableros de gestión, la evaluación periódica de su impacto clínico y organizacional, y la integración formal de la herramienta en protocolos asistenciales y programas de formación continua⁵. Asimismo, se contempla la designación de referentes institucionales para sostener su implementación, así como la retroalimentación constante con los usuarios para realizar los ajustes necesarios que optimicen la experiencia (interfaz, tiempos de respuesta, criterios de activación).

Se prevé también la difusión sistemática de casos exitosos y mejoras concretas en la atención —como la disminución de derivaciones innecesarias o el fortalecimiento de la continuidad del cuidado— para reforzar el valor agregado del producto. Finalmente, la estrategia apunta a alinear esta transformación con los valores institucionales de equidad, integralidad y trabajo en red, reconociendo el rol clave de los equipos de salud como protagonistas de la transformación digital.

⁵ Actualmente se encuentra en desarrollo una experiencia piloto de implementación de teleinterconsultas con residencias de Medicina General, siendo cinco las sedes seleccionadas. El objetivo es acercar a las/os residentes a los Sistemas de Información en Salud y promover la usabilidad de teleinterconsulta desde la formación.

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Plan Quinquenal de Salud 2023-2027 [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2023. [Citado 12 abr. 2025]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/wp-content/uploads/sites/244/2023/04/Resumen-Ejecutivo-Plan-Quinquenal-de-Salud.pdf>
2. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Resumen del Plan estratégico de implementación del Programa Salud Digital Bonaerense (2022-2027). La Plata: Ministerio de Salud; 2022.
3. Organización Panamericana de la Salud. Marco de implementación de un servicio de telemedicina. Washington, D.C.: OPS; 2016.
4. Chueke D. Lo que la pandemia nos dejó: avances regulatorios para la telemedicina y la telesalud en Argentina. Telesalud y Medicina Hoy [Internet]; 2023 [Acceso abr 2025];8(3):417. Disponible en: <https://doi.org/10.30953/thmt.v8.417>
5. Saigí-Rubió F, Torrent-Sellens J, Robles N, Pérez Palaci JE, Baena MI. Estudio sobre telemedicina internacional en América Latina: motivaciones, usos, resultados, estrategias y políticas [Internet]. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2021. [Acceso abr 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.18235/0003438>
6. Argentina. Congreso. Ley 27.553: Recetas electrónicas o digitales. Boletín Oficial de la República Argentina [Internet]; 2020. [Acceso abr 2025]. Disponible en: <http://www.legisla.gov.ar/pdf/ley27553ta.pdf>
7. Argentina. Congreso. Ley 27.706: Programa Federal Único de Informatización y Digitalización de Historias Clínicas de la República Argentina [Internet]. Boletín Oficial de la República Argentina [Internet]; 2023 Mar. [Acceso abr 2025]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27706-380710/texto>
8. Berni L, Ferrero G, Sainz R. Alcances y limitaciones de la teleconsulta en pandemia de COVID-19: relatos de profesionales de la salud del primer nivel de atención de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Salud Colectiva [Internet]. 2024 [Acceso abr 2025];20:e4579. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2024.4579>
9. Bradford, N.K., Caffery, L.J. and Smith, A.C. (2016) Telehealth Services in Rural and Remote Australia: A Systematic Review of Models of Care and Factors Influencing Success and Sustainability. Rural Remote Health [Internet]. 2016 [Acceso abr 2025]; 16(4):4268. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27744708/>
10. McKellips F, Keely E, Afkham A, Liddy C. Mejorando el acceso a profesionales de salud aliados a través del servicio Champlain BASE™ eConsult: un estudio transversal en Canadá. Rev Británica de Pract Gen [Internet]. 2017 [acceso abr 2025];67(664):e757-e763. Disponible en: <https://doi.org/10.3399/bjgp17X693125>
11. Jiménez MA. Marketing de los servicios de la salud para no marketinianos. Diagnosticar como paciente, tratar como cliente. Buenos Aires: Ediciones Pirámide; 2015.
12. Lacouture G. El legado de Kurt Lewin. Rev Lat Am Psicol. 1996;28(1):159-63.
13. Ronco Baquedano E, Lladó E. Aprender a gestionar el cambio. Buenos Aires: Paidós; 2000.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución Internacional 4.0

Cómo citar este artículo:

Sánchez NE, Comes Y, Galante C, Molina M, Zappa L. Teleinterconsultas en la provincia de Buenos Aires: el desafío de la gestión del cambio para favorecer su apropiación. Salud Pública [Internet]. 2026 Feb [fecha de consulta]; 5. Disponible en: URL del artículo.