

**TELEMEDICINA EN UNA UNIDAD EJECUTORA
APURIMEÑA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PRESTADORES DE
SERVICIOS SANITARIOS: UNA RESPUESTA A LA
ATENCIÓN PRIMARIA**

Telemedicine in an Apurímac implementing unit from the perspective of healthcare providers: A response to primary care.

Sonia Utani Damian

Universidad Tecnológica de los Andes, Abancay, Apurímac, Perú.
jeral_sonia@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-0909-3317>

Christian David Corrales Otazú

Universidad Continental, Perú.
ccorrales@continental.edu.pe

 <https://orcid.org/0000-0002-8774-4859>

Jesus Ramon Arteaga Pinazo

Universidad Tecnológica de los Andes, Abancay, Apurímac, Perú.
jeralsonia13@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2659-4532>

Giuliana del Socorro Raggio Ramírez

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
giulianita2706@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-0082-2050>

Este trabajo está depositado en Zenodo:

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.15460829>

RESUMEN

Las propuestas y políticas sanitarias sobre atención médica preventiva y comunitaria (APyC), parecen encontrarse con cierto estancamiento en América Latina. La telemedicina y el teletrabajo experimentadas por el reciente contexto pandémico, sin embargo, parecen abrir posibilidades a estrategias potenciadoras de la APyC, sobre todo en contextos rurales, que son vial y geográficamente complejos. Este artículo revisa los problemas que enfrenta el avance de la APyC y los contrasta con las evidencias, en el plano perceptivo, de la telemedicina en una unidad ejecutora en Apurímac, un territorio rural, indígena y mestizo, y con abrupto relieve montañoso del Perú. Se privilegió el enfoque cualitativo sobre patrones temáticos de conversaciones centrado en operadores y algunos pacientes. Los resultados indican que los teletrabajadores de la salud ven potencialidades inéditas en la telemedicina, sobre todo, para potenciar y reflexionar las posibilidades de la APyC.

Palabras claves: APyC, Telemedicina, Teletrabajo, Pandemia.

ABSTRACT

Health policies and proposals on preventive and community-based health care (PCHC) seem to be stagnating somewhat in Latin America. Telemedicine and teleworking, experienced in the recent pandemic context, however, seem to open up possibilities for strategies to enhance PCHC, especially in rural contexts, which are road- and geographically complex. This article reviews the problems facing the advancement of PCHC and contrasts them with the evidence, at the perceptual level, of telemedicine in an executing unit in Apurímac, a rural, indigenous and mestizo territory, with rugged mountainous relief in Peru. The qualitative approach was privileged on thematic patterns of conversations focused on operators and some patients. The results indicate that health teleworkers see unprecedented potential in telemedicine, above all, to re-empower and reflect on the possibilities of PCHC.

Keywords: Primary Attention, Telemedicine, Teleworking, Pandemics.

INTRODUCCIÓN: COBERTURA Y MODELO SOCIAL SANITARIO

La Atención médica Preventiva y Comunitaria (APyC), también llamada, con matices conceptuales, Atención Primaria, surge del avance experimentado por estados Keynesianos de Bienestar, fundamentalmente, Europa occidental, Europa socialista, Japón, Canadá, Cuba e Israel desde mediados de los años 70 del siglo XX, bajo el concepto, aun vigente de “seguridad social” o “seguridad sanitaria”. El modelo socialdemocrático y socialista encontró en la administración de los recursos tributarios una manera de reforzar, fundamentalmente, las áreas de salud y educación, con el fin de colocar a sus poblaciones en mejor capacidad de alcanzar capitales sociales competitivos, sin erogaciones particulares importantes (Jessop, 2008).

Desde los años 80, la CEPAL ha medido el avance de los diferentes sub-modelos, basados en la inversión pública y el cooperativismo, en contraste con la seguridad privada y la medicina privada, de mayor alcance en países como los EEUU y, en la práctica, la mayor parte de los países en desarrollo. En 1983 se mide la cobertura de la seguridad social en Perú, resultando en el nivel más precario de América Latina, con un 18 % de cobertura y solo un 38% de la Población Económicamente Activa (Naciones Unidas, 1985, p.161) además de que, en términos de cobertura geográfica, el país también compartía el último lugar:

“El rango extremo de cobertura geográfica fluctúa entre 5+ y 100% en Costa Rica, 39 y 95% en Chile, 0.2 y 33 en Guatemala, 5 y 100% en México, 13 y 73% en Panamá, y 3 y 27% en Perú”. (Naciones Unidas, 1985, p.14)*

Sin embargo, no fue hasta la llegada de los años 80 que los Estados sociales de bienestar empezaron a asumir los principios rectores de lo que

hoy se llama universalmente APyC, los cuales suponen que la medicina pública debe ser: Integral, integrada, continuada, permanente, activa, accesible, basada en equipos interdisciplinarios, comunitaria y participativa, programada y evaluable, docente e investigadora (Martín Zurro, Cano Pérez & Gené Badia, 2019, p.6). Este giro, básicamente, identifica que la vieja figura de “médico de cabecera” debe ser recuperada institucionalmente con el objeto de observar personal, profesional y científicamente, las necesidades de salud y actuar en consecuencia, tanto desde la política sanitaria hasta la política intersectorial. En este caso, la capacidad del médico primario y la enfermería de acceder a la mayor cantidad posible de población, con independencia de su inaccessibilidad, es el valor fundamental de esta estrategia, puesto que, a mayor cobertura, se atenderían las causas/factores sociales, alimenticias, y ambientales en general, que acompañan al fenómeno médico, y por lo tanto, su eficiencia sería mayor. En este contexto, la telemedicina es una estrategia que luce indispensable para el éxito del modelo, con las consideraciones específicas que lo requiera.

Volviendo al caso peruano, la evolución del modelo hacia la APyC no parece haber arrancado. Se mantiene la primacía del modelo asistencia tradicional y, además, éste dista mucho de ser eficiente. Según el Banco Mundial:

“Miles de peruanos no acceden a servicios básicos de salud, a pesar de que más del 99 % esté afiliada a un seguro médico. Aumentar la cantidad de personas con seguros o construir más centros de atención no es suficiente; es imperativo que la red actual de centros de salud garantice la calidad y disponibilidad de atención (...) La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH0) de 2022 revela que 7 de cada 10 personas que necesitaron atención médica no la obtuvieron. El 35 % de ellos mencionó demoras como la razón principal, mientras que razones como distancia y falta de se-

guro solo fueron citadas por el 13 % y el 3 %, respectivamente.” (Aguirre Martens, 2023)

Se observa que la cobertura real del servicio ha debido aumentar en la práctica solo cerca de 10 % desde el 1983, a pesar del ingente esfuerzo hecho por los presupuestos públicos. En este contexto, es también observable que la distancia es uno de los factores directos (sin considerar que los indirectos pueden abarcar muchos más aspectos, agravando lo que se sabe de la cobertura) acusados por los usuarios.

DEFINIENDO LA TELEMEDICINA

La telemedicina se ha conceptualizado como la “medicina a distancia”, que abarca una variedad de actividades médicas (Tuckson et al., 2017). Es crucial comprender que la telemedicina no se limita a una tecnología estática, sino que representa un proceso en constante evolución, especialmente impulsado por los avances tecnológicos recientes (Bashshur et al., 2011). A pesar de las múltiples definiciones existentes, la adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) conviene en implicar la prestación de servicios de atención de la salud, haciendo uso de tecnologías de la información y comunicación para intercambiar información válida con fines de diagnóstico, tratamiento, prevención, investigación, evaluación y formación continua de profesionales de la salud, con el objetivo de mejorar la salud individual y comunitaria (OPS, 2016).

Posteriormente, esta misma definición se empleó para describir la telesalud, que representa una visión más holística del mantenimiento de la salud al considerar factores ambientales y de comportamiento, así como al incluir a diversas profesiones de la salud en el proceso de atención (Bashshur et al., 2011; OPS, 2016). El término “telesalud” surge como una actualización del discurso contemporáneo hacia una nomenclatura más inclusiva y actualizada.

La telemedicina se constituye, entonces, como una amalgama de tecnologías y dispositivos capaces de obtener información sobre el estado de salud del paciente de manera remota, lo que facilita la toma de decisiones sobre la necesidad o urgencia de intervenir (Colucci, 2015; Galiero et al., 2020). Su ventaja principal, si bien no es la única, es la de detección y diagnóstico, se destaca su utilidad en vista del despliegue y desarrollo creciente de tecnologías digitales, incluyendo teléfonos inteligentes y conexiones digitales enfocándose en casos de enfermedades crónicas, así como para responder de diferentes maneras a emergencias médicas (Bashshur et al., 2014; Rolston & Meltzer, 2015).

Durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), la telemedicina emergió como una alternativa crucial, dada la preocupación por el contagio en entornos de atención médica y la escasez de equipos de protección personal. Esta crisis sanitaria impulsó el interés en los modelos de atención remota en diversos países, con un enfoque particular en la consulta médica a través de videollamadas, lo que permitía evitar el riesgo de contagio y la propagación del virus.

En el contexto pandémico, el gobierno peruano realizó modificaciones en el sistema de salud, implementando el servicio de telemedicina en establecimientos de salud pública y privada a nivel nacional. Aunque no fue específico en la normativa (demostrando aun cierta miopía en el avance de la política sanitaria del nivel primario), en la práctica la preponderancia del nuevo sistema se inspiró en el Decreto Legislativo N° 117-2020. Ello implicó una nueva forma de comunicación entre el paciente y el profesional médico a través de un dispositivo informático y que llegó a incorporar recetas e historias clínicas electrónicas (Curioso y Galán, 2020). La telemedicina en Perú fue relevan-

te para continuar con tratamientos y controles médicos de pacientes con dolencias crónicas, acercándolos directamente con médicos especialistas (Wilcamango et al., 2022).

En la región de Apurímac, una zona rural, con un fuerte componente indígena en su demografía, una pronunciada distribución dispersa de los centros poblados sobre la provincia, y una agreste y escarpada topografía montañosa en el oriente cercano de la cordillera andina, las instituciones de salud comenzaron a introducir la telemedicina en 2019. Sin embargo, esta implementación se llevó a cabo sin tener en cuenta los requisitos necesarios en términos de tecnología y capacitación del personal médico. Por lo tanto, cuando se promovió el uso de la telemedicina entre los profesionales de la salud destinados a trabajar de manera flexible, utilizando la comunicación telefónica como alternativa los proveedores de servicios sanitarios se tuvieron que innovar respuestas, no diseñadas pero autorizadas *de facto*, para tratar de ponerse a la altura de la situación.

MEDICIÓN Y MÉTODO

En consecuencia, esta investigación se centró en evaluar la percepción de la implementación de la telemedicina en una unidad de salud en Apurímac y sus aplicaciones en las instalaciones de atención primaria.

Sus campos de investigación fueron virtuales:

- teleconsulta síncrona
- teleconsulta asíncrona,
- teleorientación
- telemonitoreo

Sus campos de investigación también fueron reales:

- Unidad Ejecutora de Salud de Apurímac
- Teletrabajadores en general

- Teletrabajadores en medicina

La muestra seleccionada incluyó a un total de nueve teletrabajadores y 9 pacientes, quienes fueron entrevistados de manera individual. Se utilizó un patrón temático para aprovechar la flexibilidad conceptual y descriptiva, mediante entrevista semi-estructurada. Este patrón contó con 20 **ítems contenidos en estos cuatro temas:**

- lugar predeterminado de trabajo,
- el acuerdo entre empleador y empleado,
- la implementación de la telemedicina y la percepción sobre este servicio.
- calidad percibida del servicio y su retroalimentación (costos y eficiencia sanitaria)

Las entrevistas fueron realizadas de manera remota a través de medios telemáticos de video y audio, grabadas y posteriormente procesadas para su análisis. El estudio se llevó a cabo en el mismo contexto de pandemia global de COVID-19, donde el teletrabajo y la telemedicina se hicieron prácticas comunes en el sector salud. Los participantes fueron seleccionados de manera voluntaria, previa coordinación con los responsables de telemedicina de la unidad ejecutora en investigación y las microrredes descentralizadas.

RESULTADOS

Se presentan a continuación, las saturaciones categoriales que surgieron de las entrevistas semi-estructuradas y las observaciones.

Categoría: Teletrabajo

Subcategoría: Lugar predeterminado del trabajo

Los entrevistados refieren que, durante décadas, el teletrabajo y la telemedicina fueron fenómenos que coexistieron en la cultura laboral sin

recibir la atención y la consideración necesarias, a nivel de un serio diseño de políticas. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 precipitó la fusión de estos dos conceptos de manera urgente. La práctica de los operadores llevó a integrar teletrabajo y telemedicina en el contexto pandémico, para asegurar la continuidad de los servicios de salud.

En el ámbito del sector de la salud, la noción tradicional de "lugar predefinido" de trabajo ha evolucionado. Si bien los establecimientos de salud engloban una amplia variedad de niveles de atención y servicios, se reconoce que la esencia fundamental de la atención médica reside en la prestación de servicios asistenciales, no preventivos. Esta perspectiva es respaldada concurrentemente por los testimonios recopilados de los participantes en el estudio.

Dado que se trató de una transferencia del modelo tradicional al telemático, los objetivos se mantuvieron idénticos, al modelo reactivo: aliviar el sufrimiento de los pacientes y respaldar a los profesionales de la salud especializada, como obstetricia y medicina. Se analizaron casos particulares para diseñar estrategias de atención para consultas externas, atención de emergencias y urgencias, según fuese necesario.

Se declara concurrentemente que el servicio asistencial experimentó un notable impacto con la irrupción de la pandemia de Covid-19, llevando a los trabajadores de la salud con comorbilidades asociadas a enfrentar el riesgo de sufrir cuadros moderados a graves de SARS-CoV-2. Siendo esto, y no solo la motivación de mejorar el servicio, lo que llevó a pasar al teletrabajo.

Las olas de infección a nivel mundial duraron casi 3 años, y ello llevó a que el aislamiento social se prolongase, lo que obligó a su vez, a la estabilidad del servicio de teleasistencia, proveyendo de una experiencia más estable y adaptada.

Subcategoría: Acuerdo previo entre empleador y empleado

A pesar de que el personal de salud de la unidad ejecutora en investigación pertenecía a una institución pública descentralizada, con autonomía para tomar decisiones sobre sus actividades económicas y el recurso humano, lamentablemente, no se tomaron medidas previas para establecer acuerdos con los trabajadores sanitarios que presentaban comorbilidades asociadas a un riesgo elevado de desarrollar cuadros clínicos graves y mortalidad relacionada con el SARS-CoV-2.

Los entrevistados compartieron sus experiencias al pasar al teletrabajo y aplicar la telemedicina, expresando una falta de acuerdos formales para el teletrabajo. Uno de ellos mencionó que simplemente presentó el documento necesario basándose en la ley estatal (que, como se ha indicado, no era taxativa). Otro admitió que nadie parecía estar preparado para la pandemia, lo que implicaba una falta de orientación institucional. Varios informaron que simplemente comenzaron a trabajar desde casa con sus tareas habituales. Algunos no recibieron respuesta a sus solicitudes pero, de igual modo, llevaron a cabo actividades de manera independiente.

Además, se señaló que no se proporcionaron metas ni indicadores de telemedicina por parte de la institución, lo que dejó a los trabajadores sin orientación clara. Hubo casos en los que se tuvo que solicitar el teletrabajo personalmente, y en otros, la instrucción fue simplemente irse a casa sin más orientación. En general, hubo una falta de comunicación y de guía por parte de la institución en cuanto a cómo llevar a cabo el teletrabajo.

La mayoría de los trabajadores sanitarios que habían estado teletrabajando con telemedicina durante varios meses no solo no habían establecido acuerdos previos para esta modalidad, sino que tampoco habían reci-

bido atención o consideración adecuada para su salud física, mental o familiar. A pesar de ser identificados como personas con comorbilidades que los ponían en riesgo de padecer enfermedades graves o incluso mortalidad relacionada con el COVID-19, esto se evidenció en las siguientes declaraciones recopiladas durante las entrevistas.

Los trabajadores entrevistados, además, informaron que llevaban varios meses, e incluso más de un año, trabajando en modalidad de teletrabajo. Sin embargo, ninguno de ellos había recibido atención o seguimiento por parte de sus superiores o representantes de la unidad ejecutora en relación con su estado de salud o su situación laboral. A pesar de períodos que superaban los nueve meses, e incluso un año y cuatro meses en algunos casos, los trabajadores indicaron que no habían recibido llamadas de sus superiores para verificar su bienestar o discutir su trabajo remoto.

Subcategoría: Calendario y horas de trabajo

Durante la implementación del teletrabajo con telemedicina por parte del personal de salud, uno de los principales problemas fue la ausencia de desconexión digital y el cumplimiento de un horario laboral establecido. Según la normativa vigente para los trabajadores de salud, se establece un horario de trabajo de 6 horas diarias, 36 horas semanales o 150 horas mensuales. Sin embargo, los trabajadores de salud asignados al teletrabajo a menudo se encontraban conectados las 24 horas del día, los 7 días de la semana, debido a la falta de coordinación entre el área de recursos humanos y los empleados remotos. Esto generó incomodidades entre los entrevistados, quienes expresaron su descontento con las siguientes declaraciones:

Los entrevistados describen la flexibilidad de horarios que implica el teletrabajo con telemedicina en el

ámbito de la salud. Se menciona la necesidad de adaptar las llamadas a las mamás según su disponibilidad, extendiendo el trabajo más allá de las horas regulares. Se destaca la dedicación continua los siete días de la semana, con colegas enviando información incluso los domingos. Además, se menciona que el teletrabajo implica estar disponible en momentos inesperados, como emergencias o consultas de los usuarios, lo que dificulta establecer un horario fijo. La comunicación con los usuarios también se ve afectada por sus propias ocupaciones, lo que lleva a realizar llamadas en horarios tardíos.

Los entrevistados describieron la flexibilidad de horarios que implicaba el teletrabajo con telemedicina en el ámbito de la salud. Se mencionó la necesidad de adaptar las llamadas a las mamás según su disponibilidad, extendiendo el trabajo más allá de las horas regulares. Se destacó la dedicación continua los siete días de la semana, con colegas enviando información incluso los domingos. Además, se mencionó que el teletrabajo implicaba estar disponible en momentos inesperados, como emergencias o consultas de los usuarios, lo que dificultaba establecer un horario fijo. La comunicación con los usuarios también se vio afectada por sus propias ocupaciones, lo que llevaba a realizar llamadas en horarios tardíos.

Subcategoría: Instrumentos de trabajo flexibilizado

Se ha constatado a través de las opiniones recopiladas que el teletrabajo necesita contar con equipos apropiados tanto por parte del personal como del usuario. De lo contrario, la conexión será deficiente y esto afectará la calidad del servicio ofrecido.

Los entrevistados expresaron la necesidad de contar con equipos adecuados para realizar su trabajo desde casa. Mencionaron la importancia de tener una laptop y un celular

de calidad para garantizar una buena cobertura y comunicación. Algunos también utilizaron otros recursos como lapiceros y computadoras. Sin embargo, señalaron que la mayoría de estos equipos fueron adquiridos por ellos mismos, ya que la institución no les proporcionó ningún tipo de apoyo. En resumen, los trabajadores dependieron en gran medida de sus propios dispositivos, como laptops, teléfonos celulares y tabletas, para llevar a cabo sus labores de teletrabajo.

Subcategoría: Mecanismos de supervisión

En el ámbito de la salud, la supervisión es esencial para cumplir con las metas establecidas en el plan multianual del presupuesto por resultados. Sin embargo, en la unidad ejecutora examinada, no se llevó a cabo el proceso de supervisión como se esperaba. La falta de supervisión impidió realizar un seguimiento adecuado del progreso, lo que podría resultar en la conclusión de que no se cumplió con el trabajo de manera adecuada al finalizar la evaluación de los indicadores. Esto fue expresado por los colaboradores de la siguiente manera:

Los colaboradores manifestaron una falta significativa de supervisión en sus tareas. Por ejemplo, algunos señalaron que nunca fueron objeto de supervisión directa y que no se les proporcionó información adecuada sobre los niños bajo su responsabilidad o sobre las actividades que debían realizar. Además, expresaron dificultades para informar sobre su trabajo en la plataforma SICOVID, lo que refleja una falta de seguimiento y evaluación de sus actividades.

Además, destacaron que las actividades presenciales eran fundamentales para cumplir con los indicadores establecidos, lo que indica que el teletrabajo podría no ser suficiente para monitorear y garantizar el cumplimiento de las metas propuestas. Aunque se mencionaron algunas llamadas y documentos compartidos sobre las

actividades de teletrabajo, los colaboradores expresaron que esto no equivalía a una supervisión efectiva de sus labores. En resumen, la falta de supervisión adecuada puede haber afectado la calidad y eficacia de su trabajo en la unidad ejecutora estudiada.

Subcategoría: Informes sobre trabajo realizado

En el ámbito de la salud, se solía utilizar un informe estandarizado llamado HIS y se llevaban a cabo avances en telemedicina a través de un formato de atención conocido como FUA. Sin embargo, según lo expresado por los trabajadores en teletrabajo en la unidad evaluada, se sentían incómodos debido a la falta de un sistema informático que les permitiera generar todos los formatos de atención necesarios para demostrar su trabajo efectuado. De esta manera, percibían este proceso vinculado a la información sobre sus actividades laborales.

Los trabajadores expresaron dificultades pasadas al completar los informes de HIS debido a la falta de respuesta de los pacientes y al estrés adicional causado por situaciones familiares. Además, se mencionó que la producción de informes era baja, con solo 2 a 3 pacientes registrados, ya que no todos los pacientes respondían. Se relató la realización manual de FUAS y el envío físico de los mismos, así como la dificultad para obtener los formatos necesarios. Además, se señalaron cambios en los códigos de diagnóstico en el HIS, lo que agregó complicaciones al proceso. Finalmente, se describió la dificultad para manejar los informes en un sistema informático y la necesidad de recurrir a taxis para la entrega de documentos al establecimiento de salud.

Categoría: Telemedicina

Cuando el Estado emitió decretos de urgencia para el aislamiento social durante la pandemia de SARS COV 2, el Ministerio de Salud también

emitió disposiciones y Resoluciones Ministeriales que instrúan a las instituciones públicas a implementar el teletrabajo para sus trabajadores. Específicamente en el sector salud, se recomendaba utilizar la telemedicina como parte de esta modalidad, lo que implicaba una implementación especial para llevar a cabo teleconsultas, teleorientación, telemonitoreo y teleinterconsulta. Sin embargo, en la unidad ejecutora involucrada en la investigación, no se dio la debida importancia a la implementación de equipos para el teletrabajo y la telemedicina. Este descontento se refleja en las afirmaciones de los trabajadores.

Los trabajadores expresaron que no recibieron apoyo alguno de la unidad ejecutora ni de sus jefes en el establecimiento de salud. Tampoco se les brindó ningún tipo de apoyo con equipos para realizar el teletrabajo; todos los insumos y equipos fueron adquiridos por su cuenta o estaban bajo su responsabilidad económica. Además, no se les proporcionaron capacitaciones para orientarlos sobre cómo llevar a cabo la telemedicina durante la pandemia. En su lugar, la capacitación se limitó a la autocapacitación y la consulta entre compañeros, lo que generó dificultades al inicio. La falta de orientación sobre la generación de formularios y protocolos de atención también fue una preocupación común entre los trabajadores.

Subcategoría: Percepción sobre la telemedicina

La telemedicina y el teletrabajo son resultados del progreso en las tecnologías de la información y la comunicación. Si bien originalmente estaban destinados a desarrollarse de manera independiente, la irrupción de la pandemia aceleró su convergencia. Esto los convirtió en alternativas esenciales para las consultas médicas, especialmente para aquellos pacientes considerados vulnerables. Los entrevistados han destacado la

utilidad temporal de estas herramientas y han expresado comentarios positivos al respecto.

Los entrevistados resaltaron la importancia de establecer un vínculo telefónico con las personas vulnerables, como gestantes y aquellos que tenían salir de sus hogares. Este contacto telefónico no solo les brindó un sentido de seguridad y confianza, sino que también les proporcionó un apoyo emocional invaluable al saber que alguien se preocupaba por su bienestar. Además, destacaron que estas interacciones telefónicas permitieron a los profesionales de la salud ofrecer palabras de aliento y escuchar las preocupaciones y necesidades de los pacientes, lo que contribuyó a fortalecer su resiliencia emocional en momentos difíciles.

En términos prácticos, el seguimiento telefónico demostró ser una herramienta eficaz para controlar la salud de los usuarios, especialmente aquellos que tenían acceso a teléfonos móviles. Esta modalidad de atención les permitió a los profesionales monitorear de cerca la evolución de los pacientes y ofrecer orientación médica oportuna cuando fuera necesario. Asimismo, señalaron que, a través de estas llamadas telefónicas, podían proporcionar apoyo y asesoramiento a pacientes que se encontraban fuera de la localidad, facilitando su acceso a la atención médica y a la recogida de medicamentos para el tratamiento continuo.

Sin embargo, también reconocieron la necesidad de realizar ajustes y mejoras en este enfoque de atención telefónica para optimizar su eficacia en el futuro. En particular, hicieron hincapié en la importancia de evaluar y revisar continuamente las estrategias utilizadas para apoyar a los pacientes vulnerables, con el objetivo de identificar áreas de mejora y garantizar que las necesidades individuales de cada paciente sean atendidas de manera adecuada y efectiva. Este enfoque

adaptativo y centrado en el paciente es fundamental para proporcionar un apoyo continuo y de calidad a aquellos que más lo necesitan en tiempos de crisis y más allá.

Subcategoría: Continuidad de la telemedicina

A pesar de las limitaciones en el ámbito territorial y, particularmente, dentro de la unidad ejecutora en estudio, los participantes directos que utilizan la telemedicina en el contexto del teletrabajo han expresado una opinión positiva sobre su adecuación al escenario actual de la pandemia por COVID-19. Esta evaluación se basa en las experiencias favorables del teletrabajo mediante el uso de la telemedicina, como se refleja en sus comentarios.

Los participantes resaltaron que la telemedicina se ha vuelto crucial en la vida de las personas, especialmente para aquellos que enfrentan limitaciones de tiempo debido a sus responsabilidades familiares o dificultades económicas que les impiden asistir físicamente a los centros de salud. Además, destacaron que la telemedicina brinda un apoyo emocional significativo, ya que los pacientes se sienten más cómodos y abiertos durante las consultas virtuales.

Además, señalaron que la flexibilidad horaria de la telemedicina facilita la comunicación con los pacientes, permitiendo realizar seguimientos y coordinar citas de manera más eficiente. Sin embargo, enfatizaron la importancia de contar con un personal capacitado y suficiente para garantizar una atención de calidad y evitar tiempos de espera prolongados para los pacientes.

Por último, los participantes coincidieron en que la telemedicina es una herramienta invaluable que permite llegar a sectores de la población que de otra manera podrían no recibir atención médica adecuada, y que su implementación debe ser respaldada

por estándares de calidad y protocolos claros para garantizar su eficacia y permanencia en el sistema de salud.

DISCUSIÓN

Basándose en las percepciones expresadas por los colaboradores en la subcategoría del *lugar predeterminado de trabajo*, se destaca la importancia fundamental de la prestación de servicios de salud de manera presencial, considerada como la esencia misma de la asistencia sanitaria. La llegada de la pandemia de Covid-19 tuvo un impacto significativo en este servicio, obligando a los trabajadores de salud con comorbilidades y alto riesgo de sufrir cuadros graves de SARS-CoV-2 a pasar al teletrabajo. Este aislamiento prolongado, especialmente para aquellos susceptibles de padecer enfermedades graves asociadas al Covid-19, incluido el personal sanitario, subraya la complejidad de sustituir la atención presencial por medios electrónicos. A pesar de los avances en la telemedicina, esta no logra replicar completamente la experiencia y el vínculo íntimo establecido en la atención cara a cara. Por lo tanto, se reconoce que la esencia de la atención asistencial radica en la presencia física, lo que plantea desafíos significativos para la adopción generalizada de sistemas electrónicos de salud en el futuro.

Este estudio coincide con el llevado a cabo por Gómez et al. (2021), el cual proporciona un contexto valioso sobre las experiencias de los médicos de atención primaria con la telemedicina durante la pandemia de Covid-19. Según los resultados obtenidos, los médicos destacaron que la telemedicina facilitó el acceso a los servicios de salud para los pacientes, ofreciendo una mayor comodidad y tiempo para la interacción. Además, permitió una mejor explicación de recetas e indicaciones, así como una evaluación más completa del entorno familiar. Sin embargo, también expresaron preocupación por el descono-

cimiento de ciertos usuarios sobre el uso de la tecnología, especialmente entre los grupos más vulnerables. La dificultad para realizar un examen físico completo para complementar el diagnóstico y tratamiento también fue un punto de inquietud. En **última instancia, concluyeron que**, si bien la telemedicina abre nuevas oportunidades en el manejo de los pacientes, la relación médico-paciente se ve afectada, lo que puede comprometer la calidad de la comunicación y el vínculo entre ambas partes.

Asimismo, el estudio de Frydenrejn et al. (2019) se centró en explorar las ventajas y desventajas de las videoconsultas en el ámbito de los cuidados paliativos especializados. A través de entrevistas cualitativas con ocho profesionales, que incluyeron enfermeras con experiencia en atención comunitaria y profesionales del equipo de cuidados paliativos, destacaron la utilidad de las videoconsultas para brindar atención efectiva en el hogar. Sin embargo, también se identificaron desafíos relacionados con la falta de contacto físico directo y la necesidad de adaptar las prácticas de cuidados paliativos a este formato remoto. Estas apreciaciones también coinciden con los aporadores de Apurimac.

Ambos estudios resaltan que la atención primaria, centrada en el médico de familia, contempla protocolos estandarizados, por lo que un equipo de enfermería podría viajar hasta los sitios, y ofrecer algo de la atención personalizada, a la vez que sirve de asistencia preparada en el lugar. Pero esto se hace más difícil en el caso de la medicina especializada o de especialistas, por lo que ambas investigaciones coinciden que aun no ha elaborado un plan que de relieve a las necesidades específicas de cada especialidad médica al implementar la telemedicina.

La subcategoría referente al *acuerdo previo entre el empleador y el empleado* revela una notable fal-

ta de preparación institucional para la implementación del teletrabajo y la telemedicina durante la pandemia de Covid-19. Los trabajadores de salud con co-morbilidades y alto riesgo de Covid-19 se vieron especialmente afectados al no recibir medidas de protección adecuadas ni acuerdos previos para el teletrabajo. Esta carencia de planificación resultó en una situación precaria en términos de salud física, mental y laboral para muchos trabajadores. La ausencia de orientación, comunicación y apoyo por parte de las instituciones generó confusión y descontento, resaltando la importancia crítica de establecer acuerdos claros entre empleadores y empleados en situaciones de crisis como la pandemia.

En relación con la subcategoría del *calendario y horas de trabajo*, se identificó un problema significativo de desconexión digital y dificultades para cumplir con un horario laboral establecido. A pesar de la flexibilidad de horarios inicialmente percibida como beneficiosa, los trabajadores se encontraron conectados prácticamente todo el día, todos los días de la semana, lo que generó agotamiento y estrés. Esta falta de límites entre el trabajo y la vida personal resalta la importancia de establecer políticas claras sobre el horario de trabajo y la desconexión digital para proteger la salud y el bienestar de los trabajadores.

Gómez et al. (2021) respalda estas conclusiones al destacar la falta de preparación institucional para la implementación de la telemedicina durante la pandemia de Covid-19. Al igual que en este estudio, se observó una rápida transición al teletrabajo sin una planificación adecuada, lo que afectó tanto la calidad de la atención como la salud de los trabajadores. Por otro lado, el trabajo de Frydenrejn et al. (2019) resalta la importancia de establecer políticas claras sobre el horario de trabajo y la desconexión digital, aspectos que también se identificaron como problemáticos en este estudio.

En conjunto, estos estudios respaldan la necesidad de una planificación cuidadosa y el establecimiento de acuerdos claros entre empleadores y empleados para garantizar el éxito del teletrabajo y la telemedicina en el ámbito de la salud.

Los resultados obtenidos en relación con los *instrumentos de trabajo flexibilizado* ponen de manifiesto la importancia crítica de contar con equipos adecuados para garantizar la efectividad y calidad del teletrabajo en el ámbito de la salud. La dependencia del personal en sus propios dispositivos, como *laptops*, teléfonos celulares y tabletas, resalta la falta de apoyo institucional en la provisión de equipos necesarios para llevar a cabo sus labores de manera óptima. Esta situación puede tener un impacto negativo en la conectividad y comunicación, lo que a su vez afecta la calidad de los servicios de salud ofrecidos a los usuarios.

En cuanto a los mecanismos de supervisión, se identifica una deficiencia significativa en el proceso de seguimiento y evaluación del trabajo realizado por parte de la unidad ejecutora. La falta de supervisión directa y de información adecuada sobre las actividades a realizar dificulta el cumplimiento de metas y el monitoreo del progreso. La ausencia de actividades presenciales, consideradas fundamentales para el cumplimiento de indicadores, sugiere que el teletrabajo puede no ser suficiente para garantizar el seguimiento efectivo de las labores de salud.

Finalmente, en lo que respecta a los *informes sobre el trabajo realizado*, se observa una serie de obstáculos relacionados con la generación de informes estandarizados y el registro de actividades. La falta de un sistema informático adecuado dificulta la producción y entrega de informes, lo que puede afectar la capacidad de documentar adecuadamente el trabajo realizado y demostrar su efectividad. La baja tasa de respuesta de los paci-

entes y los cambios en los códigos de diagnóstico añaden complicaciones adicionales al proceso de generación de informes, lo que sugiere la necesidad de mejoras en la infraestructura tecnológica y en los procesos de documentación. En conjunto, se resalta la importancia de abordar los desafíos asociados con el teletrabajo en el sector de la salud, incluyendo la provisión de equipos adecuados, el establecimiento de mecanismos efectivos de supervisión y la mejora de los sistemas de generación de informes. Además, destaca la necesidad de considerar cuidadosamente los aspectos operativos y tecnológicos al implementar el teletrabajo en entornos de atención médica para garantizar la calidad y eficacia de los servicios ofrecidos.

Los resultados del presente estudio revelan una falta de atención adecuada a las necesidades y capacitación de los trabajadores de la salud en la implementación de la telemedicina durante la pandemia de COVID-19. En la unidad ejecutora examinada, los trabajadores expresaron su insatisfacción debido a la falta de apoyo por parte de la institución y sus superiores. Se encontró que no se proporcionaron equipos ni capacitación adecuada para llevar a cabo la telemedicina, lo que resultó en dificultades en su implementación y uso efectivo.

En cuanto a la percepción sobre la telemedicina, los resultados sugieren que, a pesar de los desafíos iniciales, tanto los trabajadores de la salud como los pacientes valoraron positivamente la utilidad de la telemedicina durante la pandemia. Se destacó su papel en el establecimiento de vínculos con pacientes vulnerables, ofreciendo apoyo emocional, seguimiento de la salud a través de llamadas telefónicas y facilitando el acceso a la atención médica y medicamentos.

Al comparar estos hallazgos con los estudios de Delgado (2019), Brand et al. (2019), y Egoavil et al. (2017), se encuentra similitudes y diferencias significativas. Por un lado, todos los

estudios resaltan la importancia de las TIC en la atención médica y la implementación de la telemedicina, especialmente durante emergencias de salud pública como la pandemia de COVID-19. Sin embargo, mientras que el estudio que se presenta está enfocado en las experiencias y percepciones específicas de los trabajadores de la salud en una unidad ejecutora, otros estudios abordan diversos aspectos de la telemedicina, como las barreras en su implementación, la eficacia en el tratamiento de condiciones médicas específicas y la necesidad de adaptabilidad y mejora continua. Estos antecedentes, subrayan la importancia de abordar las necesidades y preocupaciones tanto de los proveedores de servicios de salud como de los pacientes al implementar la telemedicina.

En general, la pandemia de COVID-19 aceleró la adopción de la telemedicina, subrayando su relevancia en el manejo de enfermedades crónicas y la prevención de contagios, especialmente en comunidades vulnerables (De Arteche et al., 2020; Gómez et al., 2020). No obstante, para garantizar una atención médica virtual de alta calidad, es necesario contar con médicos que posean las habilidades y competencias adecuadas en este ámbito. Además, se requiere la capacitación y formación de especialistas en telemedicina (Nochomovitz y Sharma, 2018; Sharma et al., 2019). En este sentido, su implementación en Perú enfrentó obstáculos considerables, como la carencia de infraestructura tecnológica y la necesidad de capacitación del personal de salud (Chellaiyan et al., 2019; Gnittari et al., 2019). Además, los desafíos regulatorios y la equidad en el acceso surgieron como preocupaciones importantes que requerían atención para garantizar su efectividad (Stolik et al., 2019; Pascual et al., 2019).

La participación activa del personal de salud, los pacientes y la sociedad en general resultó fundamental

para la aceptación y adopción de la telemedicina como un complemento valioso a los servicios de salud tradicionales (Castaño et al., 2022; Bruzos et al., 2022). Para consolidar su integración en el sistema de salud peruano, se necesitaba un enfoque estratégico y coordinado para abordar los desafíos técnicos, regulatorios y socioeconómicos, con la colaboración de todos los actores involucrados (Correa y Guzmán, 2019; De Almeida et al., 2021; Martínez et al., 2020).

El artículo subraya la necesidad de establecer un plan integral para futuras crisis sanitarias, donde la telemedicina juegue un papel central. Se recomienda desarrollar políticas y regulaciones específicas que aborden la protección de la privacidad de los datos, la ciberseguridad y la ética médica en el contexto de la atención a distancia. Establecer estándares claros no solo garantizará la seguridad de los pacientes y proveedores de servicios de salud, sino que también promoverá la confianza en la telemedicina como una modalidad de atención legítima y segura.

Además, se destaca la importancia de abordar la equidad en el acceso a la telemedicina, asegurando que las políticas públicas y las inversiones en infraestructura tecnológica sean inclusivas y lleguen a las poblaciones más vulnerables y remotas. La telemedicina, con un enfoque inclusivo, puede democratizar el acceso a la atención sanitaria y mejorar la resiliencia del sistema de salud frente a futuras crisis.

CONCLUSIONES

La evolución del modelo de atención primaria, desde el desarrollo de la seguridad social en el mundo en los años 70, presenta recurrentemente problemas específicos:

- Sobrecarga asistencial
- Problemas en la organización del trabajo y carácter rutinario del mismo

- Falta de autonomía
- Prestigio social insuficiente
- Compensación económica insatisfactoria
- Falta de objetivos claros en el trabajo
- Ausencia de relación entre calidad del trabajo desarrollado y progreso profesional
- Reconocimiento insuficiente y no personalizado de las actividades docentes y de investigación
- Falta de perspectiva clara sobre el propio futuro profesional en el sistema.

De tal modo que muchos de los problemas acusados en Apurímac ya existen en la generalidad de la APyC en el mundo. Habría que añadir los problemas de acuerdos entre empleadores y empleados, las carencias tecnológicas (sobre todo por el carácter telemático de esta etapa de la APyC, además de lo clásicamente relativo a los insumos médicos), y el acusado total abandono de los cuadros directivos en lo relativo a la reorientación situacional de la política sanitaria ante un inminente y luego patente contexto pandémico.

A todo esto, es importante indicar que la localización de la salud en la comunidad y la familia, no implica una inversión menor, sino mayor, aunque los costes de la salud y el aumento de la calidad de vida en la población, produzca éxitos contables en el mediano y largo plazo. Varios factores inciden en el hecho de que no es posible obtener resultados positivos inmediatos de la APyC: el carácter largoplacista de la naturaleza de la prevención médica, los efectos perniciosos de las mismas medicinas o de la sobre-medicación, la complejidad de la intervención intersectorial (que implica regulaciones armonizadas con la industria, la alimentación, la política fronteriza, el desfase urbano-rural, el estrés, la ansiedad, la calidad del agua y los procesos de

evolución infantil, entre otros).

La telemedicina no es la panacea del modelo de APyC, sino una herramienta que desciende costos, siempre que permita mejorar la integración de la medicina integral en las comunidades y familias. Las potencialidades están a la vista. Pero siempre es esencial considerar la telemedicina como un complemento esencial, y no como un reemplazo de la atención médica presencial.

Se recomienda a la política sanitaria implementar un plan estratégico que aborde los desafíos técnicos, regulatorios y socioeconómicos, y que esté alineado con las necesidades y expectativas de los pacientes y los profesionales de la salud. Además, se hace hincapié en la importancia de establecer un control efectivo de metas y objetivos, así como horarios laborales fijos y una capacitación continua para el personal de salud, con el fin de garantizar una atención de calidad incluso en tiempos de crisis.

El fracaso de este modelo, además, no implica la aparición de otras alternativas, puesto que las opciones remanentes vinculan la medicina a las concepciones individualistas del siglo XIX, que excluía al Estado como garante de derechos de salud:

“La filosofía de la Ilustración se tradujo en una tendencia totalmente diferente en materia de salud pública. Algunos filósofos y médicos no postularon la protección del estado sino que se dirigieron al individuo mismo. El Estado era corrupto, decían, un instrumento de tiranía y de opresión. Nada bueno puede provenir del Estado. El hombre, por otra parte, es un ser razonable por naturaleza, es infeliz porque no está esclarecido, se enferma porque es ignorante; la civilización lo ha corrompido apartándolo de la naturaleza. La condición natural del hombre es gozar de salud y felicidad, y la educación es el medio de iluminarlo. Jean Jacques Rousseau quizá fue el exponente más firme de esta tendencia, que influyó muy profundamente en la higiene.”

La telemedicina aumenta las posibilidades de la APyC permitiendo

nuevas oportunidades al modelo más exitoso del siglo XX. La falta de experiencia previa en la implementación de modalidades de trabajo flexible, agravada por la emergencia de la pandemia, llevó a una adaptación rápida por parte del personal sanitario. Pero ello conllevó a una primera experiencia de base sobre la cual se puede dar consistencia a una política sanitaria integral.

Aunque la telemedicina mejoró el acceso a los servicios de salud, enfrentó desafíos importantes, que no están lejos de ser los mismos desafíos de la APyC: la pérdida de la esencia de la atención médica presencial (agravada por los largos turnos del sistema público), la carencia de equipos adecuados para realizar evaluaciones clínicas completas, la falta de apoyo institucional, la falta de reconocimiento por parte de sus empleadores, la ausencia de una programación de horarios adecuada, la ausencia de supervisión efectiva, la incomodidad con las herramientas digitales disponibles (muchas de ellas, de origen privado) y, al menos en América Latina, los problemas de opacidad e inversión que genera la corrupción.

A pesar de estas dificultades, los participantes reconocieron el potencial de la telemedicina para llegar a poblaciones vulnerables y mejorar la accesibilidad a los servicios de salud. Además, destacan la necesidad de políticas y regulaciones gubernamentales claras y eficaces, así como de estrategias de capacitación y apoyo para garantizar una implementación efectiva de la telemedicina y una atención médica de calidad en tiempos de crisis y más allá.

Se recomienda que las instituciones de salud proporcionen un apoyo más sólido a los trabajadores en teletrabajo, incluyendo la provisión de equipos adecuados, establecimiento de horarios claros y una supervisión efectiva para garantizar su bienestar y la calidad de los servicios ofrecidos.

También se recomienda la incorporación de la telemedicina en todos los procesos de APyC, como una herramienta sustancial, a partir de la prueba empírica y científica que ofrece la académica actualizada en la materia, con el fin de intentar integrar a la medicina especializada y las ciencias de enfermería.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

REFERENCIAS

Aguirre Martens (2023). Salud en el Perú: De la cobertura en papel a la cobertura real. Publicado en América Latina y el Caribe. Banco Mundial. <https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/cobertura-salud-peru>

Bashshur, R., Shannon, G., Krupinski, E., & Grigsby, J. (2011). The taxonomy of telemedicine. *Telemedicine Journal and E-Health*, 17(6), 484-494.

Bashshur, R., Shannon, G., Smith, B., Alverson, D., Antonioti, N., Barsan, W. & Weinstein, R. S. (2014). The empirical foundations of telemedicine interventions for chronic disease management. *Telemedicine and e-Health*, 20(9), 769-800. <https://doi.org/10.1089/tmj.2014.9981>

Brand, L., Hidalgo, L., Diez-Canseco, F., Araya, R., Mohr, D., Menezes, P., y Miranda, J. (2019). Addressing Depression Comorbid with Diabetes or Hypertension in Resource-Poor Settings: A Qualitative Study About User Perception of a Nurse-Supported Smartphone App in Peru. JMIR Publications - *Advancing Digital Health and Open Science*, 6(6), e11701. doi:10.2196/11701

Bruzos, E., Lumbrales, S., Buscemi, V., y Barbería, V. (2022). Cancer patient's experience during the COVID-19 pandemic and their satisfaction with telehealth. *Psicoon-*

ciología, 19(1), 27-43.

Castaño, A., García, C., y Medina, L. (2022). *La Telemedicina como una estrategia de innovación en la alta gerencia en el sector Salud en Colombia*. Fundación Universitaria del Area Andina.

Chellaiyan, V., Nirupama, A., y Taneja, N. (2019). Telemedicine in India: Where do we stand? *J Family Med Prim Care*, 8(6), 1872-1876.

Colucci, M. (2015). Communication technologies through an etymological lens: looking for a classification, reflections about health, medicine and care. *Med Health Care Philos*, 18(4), 601-6. <https://doi.org/10.1007/s11019-015-9657-2>

Correa, A., y Guzmán, F. (2019). Telemedicine in Colombia. Moral and Legal Reality. *Revista Científica Hermes*, 25, 566-585.

Curioso, W. H., y Galán-Rodas, E. (2020). El rol de la telesalud en la lucha contra el COVID-19 y la evolución del marco normativo peruano. *Acta Médica Peruana*, 37(3): 366-375, jul-sep 2020. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1142025>

De Almeida, S., Marabujo, T., y Do Carmo, M. (2021). Telemedicine satisfaction of primary care patients during COVID-19 pandemics. *Medicina de familia*. SEMERGEN, 47(4), 248-255.

De Arteche, M., Welsh, S., Santucci, M., y Carrillo, E. (2020). Telemedicina en Latinoamérica: caso Argentina, Bolivia y Colombia. *Revista Venezolana de Gerencia*, 25(91), 955-975.

Egoavil, M. S., Condor, D. F., Pinazo-Vidal, M. A., Quezada, J. M., Fazio, B. M., Bueno, J. C., y Pérez-Lu, J. E. (2017). Qualitative Study for the Development of a Telemedicine System in Palliative Care. *Palliative Medicine and Hospice Care*, 3(2), 14 - 21. doi: <http://dx.doi.org/10.17140/PMH-COJ-3-122>

Frydenrejn-Funderskov, K., Boe-Dnbjörg, D., Jess, M., Munk, L., Olsen-Swisler, A., y Dieperink, K. (2019). Telemedicine in specialised palliative care: Healthcare professionals' and their perspectives on video consultations - A qualitative study. *The International Voice of Nursing Research*, Theory and Practice, 36(9), 789 - 794. doi:<https://doi.org/10.1111/jocn.15004>

Galiero, R., Pafundi, P. C., Nevo-la, R., Rinaldi, L., Acierno, C., Caturano, A.,(...) & Salvatore, T. (2020). The Importance of Telemedicine during COVID-19 Pandemic: A Focus on Diabetic Retinopathy. *J Diabetes Res*, 2020, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2020/9036847>

Gnittari, G., Khuman, R., Baldoni, S., Pallota, G., Battineneni, G., Sirignano, A., Amenta, F., y Ricci, G. (2019). Telemedicine Practice: Review of the Current Ethical and Legal Challenges. *Review*, 26(12), 1427- 1437.

Gómez, J., G., Rodríguez, A., Loeb, S., Yueng, T., Ribal, M., Bloemberg, C., Ndow, J., Poppel, H., Gonzales, J., Esteban, M., y Rodríguez, M. (2020). Telemedicine and smart working: Spanish adaptation of the European Association of Urology recommendations. *Actas Urol Esp*, 44(10), 644- 652.

Gómez, T., Anaya, Y., Shih, K., y Tarn, D. (2021). A Qualitative Study of Primary Care Physicians' Experiences with Telemedicine During COVID-19. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 34(Supplement), S61 - S70. doi: 10.3122/jabfm.2021.S1.200517

Jessop, R. (2008). *El Futuro del Estado Capitalista*. Madrid: Editorial Catarata

Martín Zurro, A., Cano Pérez, J, Gené Badia, J. (2019). Atención primaria. Principios, organización y métodos Medicina de Familia. Barcelona: Elsevier.

Martínez, M., Bal, M., Santos, F., Ares, R., Suárez, R., Rodríguez, A., Pérez, A., y Casariego, E. (2020). Monitoring of COVID-19 patients by Telemedicine with telemonitoring. *Revista Clínica Española*, 220(8), 501-502.

Naciones Unidas (1985). *El desarrollo de la Seguridad Social en América Latina*. CEPAL. Santiago de Chile. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/a62dc52d-e8ce-4d51-955e-8aca1a-2ce6e7/content>

Nochomovitz, M., & Sharma, R. (2018). Is It Time for a New Medical Specialty?: The Medical Virtualist. *JAMA*, 319(5), 437-438. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.17094>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2016). *Marco de implementación de un Servicio de Telemedicina*. Washington, D.C.: OPS.

Pascual, B., Palou, M., Márquez, C., y García, M. (2019). Effectiveness of interventions based on Telemedicine on health outcomes in patients with multimorbidity in Primary Care: A systematic review. *Atención Primaria*, 52(10), 759-769

Rolston, D., & Meltzer, J. (2015). Telemedicine in the Intensive Care Unit: Its Role in Emergencies and Disaster Management. *Crit Care Clin*, 31(2), 239-55. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2014.12.004>

San Martín, V., Caballero, A., Coronel, E. S., Larán, V., & Calderoli, F. (2021, December 30). Evaluation of the patient's satisfaction in smoking cessation through the use of telemedicine in the Chair and Department of Pneumology of the Hospital de Clínicas. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas* (Asunción), 54(3), 61-66. <https://doi.org/10.18004/anales/2021.054.03.61>

Sharma, R., Nachum, S., Davidson, K. W., & Nochomovitz, M. (2019). It's Not Just FaceTime: Core Competencies for the Medical Virtualist. *International Journal of*

Emergency Medicine, 12(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12245-019-0226-y>

Sigeris, H. (2006). Johann Peter Frank: Un Pionero de la Medicina Social. *Salud colectiva*, 2(3), 269-279. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000300005&lng=es&tlng=es.

Stolik, O., J'auregui, C., y Galeano, L. (2019). Telemedicina: Servicios de Salud y TIC. *Revista Cubana de Economía Internacional*, 6(2), 60-81

Tuckson, R. V., Edmunds, M., & Hodgkins, M. L. (2017). Telehealth. *New England Journal of Medicine*, 377(16), 1585-1592.

Wilcamango-Ríos, D., Castillo-Narváez, G., Mamani-Urrutia, V., Inga-Berrospi, F., & Revilla-Velásquez, M. E. (2022, October 26). Usabilidad del proceso de atención de salud virtual en el período de cuarentena en los meses de mayo a julio de 2020 por COVID-19 en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Perú. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 15(3), 342-348. <https://doi.org/10.18004/anales/2021.054.03.61>

World Health Organization (WHO). (1998). *Report of the WHO group consultation on health telematics*. Geneva: WHO.