



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO CUALITATIVO PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE TELESALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA: PERCEPCIONES DE USUARIOS Y EQUIPOS DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

IRINA ALESSANDRA BETTI CORTÉS

Profesora guía: Marcela Paz Aracena Álvarez

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica
de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología de la Salud

Agosto, 2022

Santiago, Chile

A Militza y Victoria

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis profesoras y profesores de la Escuela de Psicología, académicos del Programa Magíster en Psicología de la Salud y a la profesora Paula Repetto por equipar con sentido mi camino, sorprendiéndome cada día.

A todas las personas que participaron de esta investigación y que me permitieron comprender el rol de la tecnología en el cuidado de nuestra salud.

Agradezco a mi profesora guía Marcela Aracena Álvarez por cuidarme e incomodarme tempranamente al impulsar mi capacidad de creación.

Agradezco al clan estudiantil de Psicología de la Salud por el acogimiento, orientación y cariño.

A Yael, por ser mi referente y mentora sin advertirlo.

A mi equipo de trabajo en la Unidad de Telesalud por confiar en mí y crear un espacio que me permite ser quien soy.

A Matías, por mimarme y hacerme reír en este proceso que antesala nuestro proyecto.

A mi familia por prepararme, estar presente y permitirme conocerles en estas nuevas etapas de la vida que estamos viviendo.

ÍNDICE

RESUMEN DE TESIS.....	v
INTRODUCCIÓN Y FORMATO DE PRESENTACIÓN.....	vi
ARTÍCULO 1.....	ix
ARTÍCULO 2.....	xxvi
ARTÍCULO 3.....	lx
BIBLIOGRAFÍA DEL INFORME.....	lxxviii
ANEXOS	
ANEXO 1. ESQUEMA DE RESULTADOS.....	lxxx
ANEXO 2. GUION DE INVITACIÓN TELEFÓNICA PARA ESTUDIO.....	lxxxi
ANEXO 3. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	lxxxiii
ANEXO 4. PAUTA DE ENTREVISTA PARA USUARIOS.....	lxxxv
ANEXOS 5. PAUTA DE ENTREVISTA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD.....	lxxxvii
ANEXO 6. ACTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO CIENCIAS DE LA SALUD DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.....	xc
ANEXO 7. ACTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE.....	xciii

RESUMEN DE TESIS

Antecedentes: La pandemia por el virus SARS-CoV-2 ha impulsado un cambio en la organización de la atención primaria, ofertando la telesalud como una alternativa en la prestación de servicios. En este contexto, los Centros de Salud Familiar Ancora UC generaron estrategias telefónicas que aportaran a la respuesta sanitaria y al trabajo habitual de los centros. **Objetivo:** Describir las percepciones de los usuarios y los equipos de salud que participaron de las nuevas estrategias telefónicas durante la crisis sanitaria en los Centros Ancora UC, orientadas a la enfermedad COVID-19 y para otros motivos de salud. **Método:** Estudio de diseño no experimental transversal, de tipo descriptivo y de enfoque metodológico cualitativo. Los datos se produjeron a partir de 20 entrevistas semi-estructuradas, siendo 10 usuarios y 10 profesionales de los Centros Ancora UC. **Resultados:** Los usuarios y los equipos de salud percibieron que las atenciones telefónicas se configuran como oportunidades para mejorar el acceso, los resultados en salud, fortalecer aspectos relacionales y comunicacionales en los procesos de atención, beneficios laborales, profesionales y, por último, oportunidades organizacionales en la gestión e innovación para un uso más eficaz y eficiente de los recursos sanitarios. En general, convivieron experiencias positivas y desafiantes durante la implementación de las estrategias telefónicas durante la pandemia por COVID-19. Las atenciones telefónicas fueron valoradas positivamente conforme se cumplía una serie de criterios. En cada caso, las experiencias se encontraban interrelacionadas con facilitadores y obstaculizadores identificados durante la implementación de las estrategias. Finalmente, se identificaron recomendaciones multisectoriales para una integración e implementación exitosa de estrategias tecnológicas al modelo de atención en salud primaria. **Conclusiones:** La implementación de las estrategias telefónicas en Ancora UC respondió a los desafíos sanitarios actuales y se prepara con experiencia para su integración en la prestación de servicios básicos. La telesalud en atención primaria mantienen el potencial de fortalecer el nivel primario de atención ya que contribuye a materializar los valores y principios de la atención primaria y, por consiguiente, del Modelo Integral de Salud Familiar, acercando la salud a las personas.

INTRODUCCIÓN Y FORMATO DE PRESENTACIÓN

El estudio de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en atención primaria reside en el interés de generar soluciones que contribuyan a una mayor equidad sanitaria, la cual permita un mayor acceso a los servicios y reducir la brecha en oferta en diversas localidades (Organización Mundial de la Salud, 2008). Hoy la disposición de tecnologías y mejores sistemas de información ofrecen la posibilidad de obtener el máximo provecho de la transformación de los sistemas sanitarios que, acompañado de reformas en políticas públicas, una adecuada inversión y capacidad institucional, lograrán una atención de salud distinta, con mejores resultados sanitarios y más protectora de la salud de las personas y sus familias (Organización Mundial de la Salud, 2008).

En beneficio de las personas y mejorar su atención de salud, la Red de Centros de Salud Familiar Ancora UC comienza desde su creación a idear e introducir innovaciones que permitan fortalecer el nivel primario de atención. Desde el 2003, esta organización emprendió su camino a descubrir nuevas formas de gestión, fortalecer el recurso humano, introducir tecnologías de apoyo clínico y desarrollar estrategias de profundización del enfoque familiar en atención primaria (Püschel et al., 2013). Es a través de la interrelación de estos componentes que la Red Ancora se propone ir construyendo un nuevo modelo de atención primaria (Püschel et al., 2013).

Recientemente, el componente tecnológico ha tenido un desarrollo significativo en prestaciones a distancia producto de la realidad epidemiológica y sanitaria por la enfermedad COVID-19. Este desafío sanitario y cambios en la demanda ha enfrentado al nivel primario con un nuevo escenario que requiere una reorganización y adaptación de su modelo, hacia uno más sensible, pertinente y efectivo en su desempeño (Gattini, 2019; Silsand et al., 2021). En este contexto, la crisis sanitaria por COVID-19 se configuró como un proceso que derribó barreras que anteriormente impedían la extensión de la telesalud, llevando a integrar soluciones digitales en la respuesta sanitaria y para la práctica diaria en salud (Silsand et al., 2021).

Considerando las implicancias que puede tener la telesalud en atención primaria en mejorar el acceso, calidad y eficiencia (Bashshur et al., 2011; Fatehi et al., 2017; Jansen-Kosterink et al., 2016; van Dyk, 2014), es que este estudio tuvo por objetivo describir las percepciones de los usuarios y los equipos de salud que participaron de las nuevas estrategias telefónicas durante la crisis sanitaria en los Centros Ancora UC, orientadas a resolver dudas de salud sobre la enfermedad COVID-19, como también, para abordar otras inquietudes y problemas de salud. Dicha información permitió profundizar en las implicancias y desafíos de la implementación de proyectos basados en telesalud en la adaptación de la atención primaria durante la crisis sanitaria, sentando un precedente para su integración al funcionamiento habitual. Asimismo, los resultados del presente estudio no solo se vuelven relevantes para este caso particular, sino que también para iniciativas del nivel primario y salud pública que piensen adoptar la telesalud dentro y fuera del contexto COVID-19.

Dentro de los objetivos específicos se planteó: (1) describir la evaluación subjetiva que realizaron los usuarios y equipos de salud sobre la utilidad y relevancia de la atención basada en telesalud; (2) identificar dificultades que experimentaron los usuarios y los equipos de salud durante la implementación de la atención basada en telesalud; (3) identificar facilitadores que experimentaron los usuarios y los equipos de salud durante la implementación de la atención basada en telesalud; (4) identificar qué entrenamiento requieren los equipos de salud sobre la atención a distancia a partir de sus experiencias con atenciones telefónicas durante la pandemia por COVID-19; y (5) identificar aspectos a mejorar según las percepciones de los usuarios y los equipos de salud en la implementación de la atención basada en telesalud. La oportunidad de estudiar el proceso de implementación de las estrategias en la Red Ancora permitió observar la brecha entre su diseño y ejecución, para finalmente generar recomendaciones claras y específicas para el cuidado de la salud mediante el uso de las TICs en Ancora UC y otros establecimientos primarios de atención.

Para el logro de estos objetivos, se llevó a cabo una investigación de enfoque cualitativo que contempló el análisis de 20 entrevistas semi-estructuradas a usuarios y profesionales de la salud en atención primaria, inscritos o empleados en la Red de Centros de Salud Familiar Ancora UC. El proceso general de análisis de datos se basó en la teoría fundamentada, a través de un proceso inductivo para generar conocimiento y mejorar la comprensión de la situación estudiada (Hernández et al., 2014; Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Se consideró una codificación abierta para generar y designar unidades de significados, además de categorías a partir de los datos de manera iterativa (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

A continuación, se encuentran los productos que resultaron del trabajo de tesis. **El proyecto fue dividido en tres artículos diferentes**, ya que aun cuando se interrelacionan sus objetivos, responden a objetivos lo suficientemente distintos como para ser subdivididos y recategorizados (esquema de resultados en *anexo 1*). Cada artículo mantiene su propio título y fue estructurado en función de ser enviado a diferentes revistas de divulgación científica. La primera revista de interés de acceso abierto trata de la “*Revista Médica de Chile*” (0,23 indicador de impacto SJR) la cual publica trabajos originales de entre 2500 y 3000 palabras sobre temas de interés médico. Para esta se enviará el artículo 1, el cual responde al primer objetivo específico de investigación, junto con el artículo 3, el cual integra los objetivos específicos 4 y 5. La segunda revista se titula “*Digital Health*” (0,84 indicador de impacto SJR), revista de acceso abierto sin límite de palabras que mantiene un enfoque de estudio en el cuidado de la salud en el mundo digital, conectando los avances tecnológicos y su aplicación en la práctica clínica, experiencia de usuarios, impacto social, político y económico. Para esta revista se enviará el artículo 2, el cual responde a los objetivos específicos 2 y 3 del estudio.

En anexos se encontrará información adicional sobre los modelos de consentimiento informado, pautas de entrevista y actas de aprobación de los Comités Éticos Científicos.

ARTÍCULO 1: “Acercar la salud a las personas: beneficios percibidos de las atenciones telefónicas en atención primaria durante la crisis sanitaria por COVID-19, un estudio cualitativo.”

Resumen

Antecedentes: La pandemia por el virus SARS-CoV-2 ha impulsado un cambio en la organización de la atención primaria, ofertando la telesalud como una alternativa en la prestación de servicios. En este contexto, los Centros de Salud Familiar Ancora UC generaron estrategias telefónicas que aportaran a la respuesta sanitaria y al trabajo habitual de los Centros Ancora. **Objetivo:** Describir los beneficios que percibieron los usuarios y equipos de salud que participaron de las atenciones telefónicas durante la crisis sanitaria en los Centros Ancora UC, ya sea por la enfermedad COVID-19 u otras prestaciones. **Materiales y método:** Estudio de diseño no experimental y transversal, de tipo descriptivo y enfoque metodológico cualitativo. Los datos se produjeron a partir de 20 entrevistas semi-estructuradas, siendo 10 usuarios y 10 profesionales de los Centros Ancora UC. **Resultados:** Los usuarios y los equipos de salud percibieron que las atenciones telefónicas se configuran como oportunidades para mejorar el acceso, los resultados en salud, fortalecer aspectos relacionales y comunicacionales en los procesos de atención, beneficios laborales, profesionales y, por último, oportunidades organizacionales en la gestión e innovación para un uso más eficaz y eficiente de los recursos sanitarios. **Discusión:** Los beneficios identificados en el estudio constatan la necesidad de utilizar las tecnologías en la prestación de servicios en salud, los cuales se podrán observar tras la crisis sanitaria en tanto se aproveche la oportunidad de consolidar la incorporación de innovaciones digitales en la transformación de los sistemas sanitarios y modelos de salud ya existentes.

Palabras clave: Atención primaria, telesalud, atención al paciente, investigación cualitativa, COVID-19.

Introducción

En Chile, la pandemia por el virus SARS-CoV-2 ha conllevado un cambio en la organización de la atención primaria (AP) (1,2), impulsando la integración de la telesalud como una alternativa en la prestación ambulatoria y habitual (3).

Durante el año 2020, el Ministerio de Salud de Chile entregó recomendaciones generales para la reestructuración de la atención en los establecimientos de AP (4). Desde su propuesta para reconvertir y adaptar las actividades clínicas, se gesta la Unidad de Telesalud Ancora UC la cual se plantea como propósito contribuir a la respuesta sanitaria y apoyar en el trabajo preventivo y habitual de los Centros de Salud Familiar Ancora de la Pontificia Universidad Católica de Chile (5). Durante el año 2020, el trabajo de la Unidad se centró en crear una central telefónica de orientación clínica telefónica para que usuarios pudieran resolver dudas en torno a la enfermedad COVID-19 y realizar el seguimiento de esta (6). A partir del año 2021 se incorporaron orientaciones telefónicas por enfermeros(ras) y matrones(nas) sobre diversos motivos de salud (6). Según lo documentado, la central telefónica logró resolver el requerimiento del 67,9% de las personas que llamaron por COVID-19 entre mayo y agosto del año 2020 (N= 357), lo que permitió mejorar el acceso a prestaciones en tiempos donde las consultas presenciales se encontraban restringidas (6).

Este estudio se basa en la guía de la Organización Mundial de la Salud (7) para evaluar y monitorear intervenciones digitales en salud, la cual organiza diferentes elementos que ayudan a dar sentido y mejorar la calidad de los esfuerzos de evaluación. Según esta, los sistemas de salud electrónicos deben describir los beneficios que perciben los usuarios del sistema (pacientes y trabajadores de la salud) en su salud o trabajo, siendo estos elementos clave al definir el éxito de la intervención (7).

A partir de los antecedentes presentados, surge la necesidad de conocer los beneficios percibidos por usuarios y equipos de salud que participaron de las atenciones telefónicas durante la crisis sanitaria en los Centros Ancora UC, ya sea por la enfermedad COVID-19 u otras prestaciones, entre mayo del año 2020 y marzo del 2021. Dicha información

permitirá identificar algunos de los beneficios que se podrían esperar durante la implementación de proyectos basados en telesalud en AP.

Material y método

El presente estudio adopta un diseño no experimental transversal de tipo descriptivo, con un enfoque metodológico cualitativo, y se basa en datos de un estudio cualitativo más amplio diseñado para conocer las percepciones de los usuarios y equipos de salud sobre la telesalud en AP durante la pandemia por COVID-19¹.

Este se situó en la Red Ancora UC en la comuna de La Pintana y Puente Alto en Santiago de Chile, el cual fue revisado y aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (5 de noviembre, 2020) y por el Comité Ético Científico Ciencia de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile (sesión extraordinaria N°10, 30 de julio, 2020).

La selección de la muestra se realizó bajo criterio de muestreo intencionado ya que se buscó casos que aportaran información pertinente sobre las atenciones telefónicas durante la pandemia. Se requería que los participantes fueran mayores de 18 años, con cobertura telefónica o con acceso estable a internet y que contaran con algún dispositivo que posibilitara la comunicación telefónica o por videollamada. Los participantes debieron haber recibido o realizado una atención telefónica por motivo de orientación o seguimiento COVID-19; u orientación clínica telefónica por otro motivo de salud (por ejemplo, salud sexual y reproductiva o seguimiento de enfermedad crónica no transmisible).

¹ Otros dos artículos acompañan el estudio de las percepciones de los usuarios y profesionales que participaron de estas experiencias, los cuales se encuentran en desarrollo, enfocados en 1) facilitadores, obstaculizadores y valoraciones que realizaron y percibieron los participantes sobre la implementación de las estrategias de atención telefónica en Ancora UC; y 2) recomendaciones multisectoriales que emergieron de las experiencias de los participantes para un modelo híbrido de atención en atención primaria.

A través de informantes clave de la Red Ancora se obtuvieron los contactos de 10 usuarios inscritos en los Centros Ancora que recibieron una atención telefónica entre mayo del 2020 y febrero del año 2021; además de recabar los contactos de 10 profesionales de la salud que participaron de las prestaciones telefónicas durante la crisis sanitaria entre mayo del 2020 y junio del 2021. Se intentó balancear la muestra invitando a usuarios y profesionales de los diferentes Centros de Salud Familiar Ancora UC y abarcando diferentes motivos de atención.

La invitación formal a participar del estudio se realizó a través de un contacto telefónico o mediante correo electrónico. En el caso de mostrar interés se envió el consentimiento informado y se coordinó la entrevista a distancia por teléfono o videollamada. La entrevista inició con la revisión de las características del estudio y, cuando el invitado aceptaba participar, se grababa su consentimiento verbal (8).

La muestra resultante se constituyó por 10 usuarios inscritos en los Centros Ancora UC. Las prestaciones que obtuvieron fueron por motivo de orientación o seguimiento COVID-19 (N= 5), como también, orientaciones clínicas telefónicas recibidas por otros motivos de salud por personal de enfermería (N= 2) o matronería (N= 3). Más información en *tabla 1*.

Además, se entrevistó a 10 profesionales de la salud pertenecientes a los Centros Ancora UC. Los profesionales entrevistados fueron residentes de Medicina Familiar (N= 7) o enfermeras(ros) de los Centros Ancora UC (N= 3). Más información en *tabla 2*.

Tabla 1. Información descriptiva de los usuarios entrevistados

ID de entrevista	Edad	Género	Centro de Salud	Tipo de prestación recibida	Ocupación	Nivel educativo	Tiempo de traslado (min)*
E1	30	M	Centro 1	Call Center COVID-19, Seguimiento COVID-19	Educadora	Enseñanza superior completa	20
E2	62	M	Centro 1	Call Center COVID-19, Seguimiento COVID-19	Cuidadora informal de personas mayores, jefa de hogar	Enseñanza media completa	5
E3	57	H	Centro 2	Call Center COVID-19	Trabajador de supermercado	Enseñanza media completa	20
E4	53	M	Centro 2	Call Center COVID-19	Jefa de hogar	Enseñanza media completa	15
E5	25	M	Centro 3	Orientación Clínica Matrona	Administrativa	Enseñanza media completa	20
E6	54	M	Centro 3	Orientación Clínica Matrona	Administrativa	Técnico superior completa	45
E7	20	M	Centro 3	Orientación Clínica Matrona	Estudiante	Técnico superior incompleta	10
E8	52	M	Centro 1	Call Center COVID-19, Seguimiento COVID-19	Bibliotecaria, comerciante independiente	Enseñanza media completa	15
E9	61	M	Centro 2	Orientación Clínica Enfermera	Jubilada, comerciante independiente	Enseñanza media completa	30
E10	79	M	Centro 1	Orientación Clínica Enfermera	Jubilada, jefa de hogar	Enseñanza media incompleta	15

* Tiempo de traslado en minutos entre el centro de salud en el que el usuario se encuentra inscrito y su residencia

Tabla 2. Descripción de los profesionales de la salud entrevistados

ID de entrevista	Edad	Género	Disciplina	Centro de Salud	Prestaciones telefónicas realizadas	Tiempo realizando prestaciones
E11	36	M	Medicina Familiar	Centro 3	Orientación Clínica COVID-19	7 meses
E12	29	M	Medicina Familiar	Centro 2	Orientación Clínica COVID-19	5 meses
E13	29	M	Medicina Familiar	Centro 1	Orientación Clínica COVID-19	4 meses
E14	32	M	Medicina Familiar	Centro 2	Orientación Clínica COVID-19	7 meses
E15	33	M	Medicina Familiar	Centro 2	Orientación Clínica COVID-19	5 meses
E16	27	M	Medicina Familiar	Centro 1	Orientación Clínica COVID-19	5 meses
E17	30	M	Medicina Familiar	Centro 1	Seguimiento COVID-19, MACEP	5 meses
E18	29	H	Enfermería	Centro 1	Seguimiento COVID-19, MACEP	13 meses
E19	29	M	Enfermería	Centro 1	Seguimiento COVID-19, MACEP	7 meses
E20	30	M	Enfermería	Centro 1	Orientación Clínica COVID-19, MACEP	12 meses

Notas:

MACEP= Modelo de Atención Centrada en la Persona.

La estrategia de producción de datos se basó en entrevistas semi-estructuradas, las cuales se guiaron por dos pautas de preguntas, una para usuarios y otra para profesionales. Más información sobre los guiones de entrevistas en *tabla 3 y 4*.

Tabla 3. Resumen de pauta de entrevista dirigida a usuarios

1.	¿Cómo fue su experiencia con la(s) atención(es) telefónica(s) durante la crisis sanitaria?
2.	¿Cómo fue su experiencia con la persona que le contestó/lo atendió?
3.	¿Cómo fue resuelta su consulta?
4.	¿Había recibido anteriormente una atención de salud por teléfono u otra tecnología?
a.	¿Cómo fue su experiencia?
5.	¿Qué esperaba de la atención por teléfono?
6.	¿Qué lo sorprendió de la atención telefónica?
7.	¿Cómo evalúa usted la atención telefónica?
a.	¿Qué valora como positivo y negativo de la atención telefónica?
8.	¿Qué complicaciones/problemas tuvo durante la(s) atención(es) telefónica(s)?
a.	¿Cómo se solucionó o podrían solucionarse?
9.	¿Qué cree que se gana y pierde con una atención telefónica a diferencia de una atención presencial?
10.	¿Cómo podrían mejorar las atenciones por teléfono?
11.	¿Qué piensa sobre integrar atenciones telefónicas al cuidado habitual de su salud en el CESFAM?

Tabla 4. Resumen de pauta de entrevista para profesionales de la salud

1.	¿Cómo fue su experiencia con las atenciones telefónicas durante la crisis sanitaria?
2.	¿Cómo ha sido integrar las atenciones telefónicas a su trabajo durante la pandemia?
3.	¿Qué dificultades o complicaciones tuvo en las atenciones telefónicas?
4.	¿Cómo las solucionó o podrían solucionarse?
5.	¿Qué facilitó la implementación de las estrategias telefónicas?
6.	¿Qué experiencias tuvo con atenciones telefónicas antes de la crisis sanitaria?
a.	¿Cómo se diferencian de las más recientes?
7.	¿Cómo evalúa las estrategias telefónicas en la Red Ancora UC?
8.	¿Cómo podrían mejorar las atenciones por telesalud y la plataforma de contactabilidad?
9.	¿Qué puede limitar y/o facilitar la integración de estas herramientas a su trabajo habitual?

Las entrevistas fueron grabadas con un dispositivo de grabación de audio y fueron llevadas a cabo por la investigadora principal. Sus transcripciones fueron realizadas por esta última y un tercero, resguardando la confidencialidad y anonimizando los datos. El proceso general de análisis de datos se basó en la teoría fundamentada (9) mientras que el análisis se realizó a través de un proceso inductivo y codificación abierta para generar unidades y categorías a partir de los datos producidos (9). Los resultados fueron analizados por las autoras, identificando ideas claves y citas representativas para ilustrar los resultados. En el proceso de sistematización se contó con la ayuda del programa computacional Atlas.ti ®.

Resultados

Beneficios de acceso y pertinencia. Los principales beneficios de las atenciones a distancia identificados tuvieron relación con disminuir las brechas percibidas para acceder a los servicios que merman la efectividad de los sistemas sanitarios en el cuidado de las personas. Las atenciones a distancia se configuraron como una oportunidad de acceso en la provisión de servicios para personas en situación de discapacidad, con dificultades de movilización, imposibilidad de traslado por cuadro grave de una enfermedad aguda (por ejemplo, enfermedad por COVID-19), barreras geográficas y por desempeñar roles de cuidados que impedían acceder a una atención de salud de forma presencial:

“Yo he estado llamando porque tengo problemas, tengo una depresión, lo cual me impide pedir o ir a una hora para médico en la mañana porque tomo muchos remedios psiquiátricos en la noche.” (Mujer, 79 años, atención telefónica con enfermera).

“Eso es lo que me llamó la atención del proyecto, acercar el centro de salud, acercar la atención a los usuarios que no podían llegar al centro. (...) El espíritu de la atención primaria es llevar la atención a las comunidades y esto permite acercar la salud a la población, y hay personas que no pueden acceder de la misma forma a atenderse por distintas barreras. Entonces siento que entre menos barreras tengamos

para acceder a la atención, mejor está nuestra comunidad.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19).

Para los usuarios y profesionales, la integración de las tecnologías de la información no solo va en beneficio de lograr mayor cobertura, favoreciendo la equidad sanitaria y disminuyendo la exclusión con un acceso más oportuno e inmediato en la provisión de servicios, sino que también permitió reorganizar los servicios en función de las necesidades de la población, haciéndolas más pertinentes y sensibles a los cambios que experimenta la comunidad a través de otras formas de atención:

“Yo creo que era una deuda que teníamos con nuestros usuarios de poder modernizar estos procesos. La pandemia en ese sentido vino a acelerar un poco esto. Ahora, en relación con la experiencia con la tele atención, ha sido súper buena. Que los usuarios vulnerables tengan la posibilidad de poder tener atención remota, consultas clínicas, agendar horas a través de la vía telefónica... Creo que ya es un hito súper importante de justicia para todas las personas que acceden a la salud.” (Enfermero, seguimiento telefónico COVID-19).

Beneficios relacionales. Por otro lado, los usuarios destacaron que las TICs permitieron mayor humanización de las atenciones, principalmente por un mayor contacto y percepción de apoyo, mejorando la prestación de servicios y experiencia usuaria:

“Como que no me abandonaron, ¿me comprende? Alguien me llamaba y me preguntaba: ¿Cómo está? ¿Cómo se siente? ¿Siente algo? (...) Yo me sentí acogida, que me llamaban y se preocupaban por mí, que no me dejaron sola. No es como cuando a uno le pasa algo, va y es ‘si te he visto no me acuerdo’.” (Mujer, 53 años, orientación telefónica por COVID-19).

Para ambos grupos, usuarios y profesionales, las atenciones a distancia permitieron fortalecer las relaciones entre los trabajadores de la salud y sus pacientes a través de la continuación o creación de nuevos vínculos; por medio de una atención centrada en la persona y acompañamiento empático; generando un espacio de conversación de confianza; compartiendo y validando la información a través de la escucha, entrevista

clínica y anamnesis; evitando el trato impersonal; lenguaje técnico; estigmatizaciones e interferencia del uso del registro clínico electrónico durante la atención:

“Fue humanizador que te escuchen, que te atiendan, que te den una orientación con un lenguaje que tú puedas entenderlo, que no te sientas menoscabado más allá de la enfermedad. (...) Nos tocaban como siempre las mismas personas, y eso hacía que conocieran el caso, que supieran nuestros nombres, como persona, te identificaban pues, y yo sabía también con quien estaba al otro lado hablando. Es una relación totalmente distinta, se transforma en un nivel de confianza.” (Mujer, 52 años, orientación y seguimiento telefónico por COVID-19).

Beneficios laborales y profesionales. Por otro lado, las estrategias telefónicas durante la crisis sanitaria permitieron que los profesionales con factores de riesgo pudieran dar sentido a su trabajo y ser parte de la respuesta sanitaria a pesar de su situación de salud, resultando en una experiencia de desarrollo profesional gratificante, centrada en la contribución socio sanitaria y participación en la transformación digital en la organización, que les permitiera fortalecer sus habilidades comunicacionales y psicosociales para una atención de salud:

“Siempre hablábamos entre nosotras mismas que nos sentíamos de alguna cierta forma cacho, y como un poco frustradas también, porque cuando más se necesitaban manos o gente para estar atendiendo ahí pacientes presencialmente, igual fue difícil el tema aceptar qué no debíamos estar ahí mismo por el tema de nuestra salud también. Entonces fue como una oportunidad de sentirnos que estábamos haciendo un trabajo importante, pero también cuidándonos nosotras.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19).

Beneficios organizacionales. Por otro lado, la experiencia de trabajar en las estrategias de atenciones telefónicas permitió mejorar el trabajo en red inter e intraestablecimiento; fortaleciendo la comunicación entre los equipos de salud; encauzando que los equipos conocieran el trabajo de diferentes profesionales, programas y centros de atención. Los profesionales señalaron que se vieron impulsados a salir de su box de atención para lograr

mayor resolutiveidad durante la respuesta sanitaria. El trabajo articulado permitió mejorar la eficiencia en los procesos de atención y acompañamiento, a través de la pesquisa temprana y priorización de atenciones, distribuyendo de mejor manera las atenciones médicas y no médicas, optimizando el recorrido y experiencia de los usuarios en su paso por los diferentes servicios en los establecimientos de salud:

“Tocó utilizar las redes que uno tenía, más que nada el tema de contactos que uno antes no lo usaba tan frecuentemente, y activar esas redes para lograr obtener información para el paciente que estaba llamando y lograr la conexión con el Centro (...). Se daba una buena coordinación entre los Ancora, porque todas pertenecíamos a diferentes Ancoras, no conocíamos cómo funcionaban los otros. Se creaba este nexo donde existía continuidad de la atención, no solo del área médica.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19).

Dentro de otros beneficios de realizar atenciones a distancia observados por los entrevistados se identificó: 1) la prevención de contagios en la comunidad, facilitando la mantención de las medidas preventivas y de cuidado durante la crisis sanitaria junto con permitir a la organización cuidar de sus trabajadores; 2) mejoras en la adherencia y en los resultados de salud de las personas, evitando hospitalizaciones o desarrollo grave de una enfermedad por una orientación clínica oportuna y adecuada; 3) la oportunidad de reducir gastos de bolsillo en la movilización de usuarios, permitiendo mayor conciliación con actividades productivas y de cuidados; 4) disminución de gastos en la organización por un menor número de atenciones presenciales que anteriormente eran innecesarias; y 5), mayores oportunidades para el cumplimiento de metas sanitarias a través de la modernización de los servicios:

“Yo creo que van a continuar, no se van a ir, se vio este año. Nosotros como programa estábamos súper contentos con los resultados que hubo el año pasado con COVID, porque sacamos los datos con atenciones remotas y atenciones presenciales, y nunca en la vida históricamente habíamos alcanzado las metas propuestas por el servicio de

salud si no hubiese sido por las atenciones remotas.” (Enfermera, orientación telefónica COVID-19 y para otros motivos de salud).

Discusión

Los resultados de este estudio permiten observar la utilidad y relevancia que perciben los usuarios y profesionales de la salud sobre las atenciones telefónicas en AP a partir de la pandemia por COVID-19. Los hallazgos sugieren que la telesalud es una oportunidad para disminuir las brechas percibidas para acceder a los servicios de salud; prevenir un mayor deterioro de la salud; mejorar aspectos relacionales en la provisión de servicios a través de la humanización de los servicios, una mayor percepción de apoyo, continuidad del cuidado y fortalecimiento de las relaciones entre los usuarios y los equipos; generar oportunidades de desarrollo profesional y sentido laboral al participar de la respuesta sanitaria; y generar oportunidades de mejoras organizacionales para lograr una mayor eficiencia del sistema de cuidados, impulsando la innovación y modernización de los servicios (11,20).

La literatura ha señalado que la crisis sanitaria modificó la organización y procesos de la AP, ofertando nuevas oportunidades de acceso a través de la tecnología las cuales han permitido que los procesos de atención sean más eficientes, accesibles y convenientes para los usuarios (10,11). Si bien en el presente estudio se presentan valoraciones que se orientan hacia una mirada positiva de la intervención, dando cuenta de beneficios claros para los usuarios y los equipos de salud, autores han reportado una amplia gama de dificultades (12–15), tales como impactos negativos para el mantenimiento de estos cambios inspirados en la pandemia (10); y la presencia de brechas digitales que impactan en el acceso equitativo a la salud (16). En ese sentido, los resultados reportados dan cuenta de una visión parcial del contexto observado y, para comprender integralmente la situación estudiada, se recomienda analizar el conjunto de los artículos que surgieron a partir del mismo contexto de intervención que se encuentran en desarrollo (21,22).

Por otro lado, en la literatura se han identificado preocupaciones sobre el riesgo de despersonalizar la atención con la incorporación de la tele salud (13). En el presente estudio, los entrevistados percibieron una mayor humanización en el cuidado, valorando la atención centrada en la persona, escucha y empatía; permitiendo el fortalecimiento de la entrevista clínica, anamnesis y el vínculo médico-paciente. Estos resultados también se han observado en estudios nuevos y anteriores a la crisis sanitaria, los cuales señalan que la teleconsulta restauró la importancia de entrevistar y hacer tiempo para hablar con los pacientes (10,13); contribuyó a la preservación y fortalecimiento del enfoque centrado en la persona (14); a establecer una buena relación terapéutica (11); y a mejorar el vínculo y la comunicación entre los usuarios y los proveedores (10,12,17,18), todos elementos fundamentales en la AP.

En relación a la muestra, se deben considerar tres aspectos: 1) se sugiere que futuros estudios cuenten con la participación de usuarios y profesionales que no hayan formado parte de una atención telefónica para dar a conocer otros beneficios y dificultades sobre tele salud en AP con o sin intención de participar de atenciones a distancia; 2) las personas que aceptaron participar fueron principalmente mujeres, coincidente con que estas hicieron mayor uso de estos servicios en comparación con los hombres (6) y por una mayor presencia de estas en las profesiones relacionadas con el cuidado de la salud (19), de modo que solo se refleja la experiencia de esta población entrevistada durante el periodo de la crisis sanitaria; 3) futuros estudios deben incorporar usuarios y profesionales que hayan participado de atenciones de salud realizadas por video llamada, que en el momento de la realización de este estudio, no se encontraban formalmente integradas en la organización.

Conclusiones

Las percepciones de los usuarios y los equipos de salud sobre la relevancia y utilidad de las atenciones a distancia sugieren oportunidades para mejorar el acceso, los resultados en salud, fortalecer aspectos relacionales y comunicacionales en los procesos de atención, beneficios laborales-profesionales y, por último, oportunidades organizacionales en la

gestión e innovación para un uso más eficaz y eficiente de los recursos sanitarios. Los beneficios identificados en el estudio constatan la necesidad de utilizar las tecnologías en la prestación de servicios, los cuales se podrán percibir tras la crisis sanitaria en tanto se aproveche la oportunidad de consolidar la incorporación de innovaciones digitales en la transformación de los sistemas sanitarios y modelos de salud ya existentes. Asimismo, la modernización de los servicios permitirá disminuir la brecha de ejecución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, eje orientador de la red asistencial y, por consiguiente, materializar los principios de la AP, acercando la salud a las personas, respondiendo a las expectativas y desafíos sanitarios del mañana (20).

Referencias

1. Céspedes P. Manejo en la APS. Ponencia presentada en la Primera Jornada de Capacitación por COVID-19: Manejo de pacientes con COVID-19 . Red Mosaicos [Internet]. 2020 [citado en junio 2020]. Recuperado de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/03/Capacitación-COVID-19-PUC-23-Mar-Mosaico-n1.pdf>
2. Escuela de Salud Pública. Atención Primaria de Salud en contexto de pandemia por SARS-CoV-2: Recomendaciones a equipos de salud. [Internet]. 2020 [citado en junio 2020]. Recuperado de: <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/handle/123456789/665>
3. Poppas A, Rumsfeld J, Wessler J. Telehealth is having a moment: Will it last? Journal of the american college of cardiology [Internet] 2020 [citado en junio 2020]; 75 (23); 1–13. Recuperado de <https://www.jacc.org/doi/epdf/10.1016/j.jacc.2020.05.002>
4. Ministerio de Salud. Recomendaciones generales para la organización de la atención en establecimientos de Atención Primaria de Salud en contexto de pandemia SARS-CoV-2. [Internet]. 2020 [citado en junio 2020]. Recuperado de: <https://www.colegiomedico.cl/wp->

content/uploads/2020/03/RECOMENDACIONES-GENERALESESTABLECIMIENTOS-APS-V.6.pdf

5. Red de Centros de Salud Ancora UC. Proyecto Unidad de Telesalud para los CESFAM Ancora UC: Un apoyo a la respuesta del Nivel Primario de Salud a la Pandemia COVID-19. 2020.
6. Valenzuela V, Soto M, Betti I, Jara D, Valdebenito C, Arenas E, et al. Evaluación de un Call Center de orientación clínica durante los primeros meses de pandemia COVID-19: capacidad de resolución de los llamados. Rev Medica de Chile [Internet]. 2022 [citado en julio 2022].
7. Organización Mundial de la Salud. Monitoring and Evaluating Digital Health Interventions: A practical guide to conducting research and assessment [Internet]. 2016 [citado en marzo de 2022]. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252183>
8. Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud. Telemedicina durante la epidemia COVID-19 en Chile: Guía de Buenas Prácticas y Recomendaciones [Internet]. 2020 [citado en junio de 2020]. Recuperado de <https://cens.cl/guia-de-buenas-practicas-y-recomendaciones-en-telemedicina/>
9. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología De La Investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa Y Mixta. Ciudad de México (MX): Me G raw Hill 2018; 714 p.
10. Sullivan EE, Breton M, McKinstry D, Phillips RS. COVID-19's Perceived Impact on Primary Care in New England: A Qualitative Study. Journal of the American Board of Family Medicine [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2022 Jun 13]; 35(2): 265–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35379714/>
11. Thiagarajan A, Grant C, Griffiths F, Atherton H. Exploring patients' and clinicians' experiences of video consultations in primary care: a systematic scoping review. BJGP open [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 13]; 4(1). Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32184212/>

12. Odendaal WA, Anstey Watkins J, Leon N, Goudge J, Griffiths F, Tomlinson M, et al. Health workers' perceptions and experiences of using mHealth technologies to deliver primary healthcare services: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2020 Mar 26 [cited 2022 Jun 13];3(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32216074/>
13. Gomez T, Anaya YB, Shih KJ, Tarn DM. A Qualitative Study of Primary Care Physicians' Experiences With Telemedicine During COVID-19. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 Jun 13]; 34(Suppl): S61–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33622820/>
14. Silsand L, Severinsen GH, Berntsen G. Preservation of person-centered care through videoconferencing for patient follow-up during the covid-19 pandemic:case study of a multidisciplinary care team. *JMIR Form Res*. 2021 Mar 1;5(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7939056/>
15. Houlding E, Mate KKV, Engler K, Ortiz-Paredes D, Pomey MP, Cox J, et al. Barriers to Use of Remote Monitoring Technologies Used to Support Patients With COVID-19: Rapid Review. *JMIR mHealth uHealth* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2022 Jun 13]; 9(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33769943/>
16. Chang JE, Lai AY, Gupta A, Nguyen AM, Berry CA, Shelley DR. Rapid Transition to Telehealth and the Digital Divide: Implications for Primary Care Access and Equity in a Post-COVID Era. *Milbank Q* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2022 Jun 13]; 99(2): 340–68. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1468-0009.12509>
17. Kruse CS, Krowski N, Rodriguez B, Tran L, Vela J, Brooks M. Telehealth and patient satisfaction: A systematic review and narrative analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 10]; 7: 1-12. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/8/e016242.full.pdf>

18. Donaghy E, Atherton H, Hammersley V, McNeilly H, Bikker A, Robbins L, et al. Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 13]; 69(686): E586–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31160368/>
19. Shannon G, Minckas N, Tan D, Haghparast-Bidgoli H, Batura N, Mannell J. Feminisation of the health workforce and wage conditions of health professions: An exploratory analysis. *Human Resources for Health* [Internet]. 2019 Oct 17 [cited 2022 Jun 13]; 17(1): 1–16. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12960-019-0406-0>
20. Organización Mundial de la Salud. Más necesaria que nunca: La atención primaria de salud [Internet]. 2008 [citado en mayo 2022]. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732_spa.pdf?sequence=1

ARTÍCULO 2: “Valoraciones, facilitadores y obstaculizadores percibidos durante la implementación de estrategias telefónicas en atención primaria durante la pandemia por COVID-19: un estudio cualitativo.”

Resumen

Antecedentes: La integración de la telesalud ocupa un lugar destacado en atención primaria al involucrar una amplia variedad de propósitos e innovaciones tecnológicas. Actualmente, esta se ha desarrollado tanto para apoyar en la respuesta ante el virus COVID-19, como también, para facilitar el acceso a servicios ambulatorios habituales. **Objetivo:** Describir las valoraciones, obstaculizadores y facilitadores que vivenciaron los usuarios y equipos de salud durante su participación en atenciones telefónicas durante la crisis sanitaria en atención primaria en la Red Ancora UC. **Método:** Diseño no experimental y transversal, de tipo descriptivo y enfoque metodológico cualitativo. Los datos se produjeron a partir de 20 entrevistas semi-estructuradas, siendo 10 usuarios y 10 profesionales de los Centros Ancora UC. **Resultados:** En general, convivieron experiencias positivas y desafiantes durante la implementación de las estrategias telefónicas durante la pandemia por COVID-19. Las atenciones telefónicas fueron valoradas positivamente conforme se cumplía una serie de criterios. En cada caso, las experiencias estuvieron interrelacionadas con obstaculizadores y facilitadores identificados durante su implementación. Las barreras en la provisión de atenciones telefónicas tuvieron relación con aspectos coyunturales y comunitarios; tecnológicas y de infraestructura; institucionales; profesionales; y asociadas a la modalidad de atención telefónica. Los aspectos que facilitaron la implementación tuvieron relación con facilitadores coyunturales y comunitarios; institucionales; interpersonales y de equipo; profesionales y técnicos. **Conclusiones:** El desarrollo de estrategias tecnológicas en salud debe reconocerse como un desafío que entrelaza múltiples niveles en las diferentes etapas de su despliegue, tales como sanitarios, organizacionales, profesionales y tecnológicos.

Palabras clave: Atención primaria, telesalud, ciencias de la implementación, estudio cualitativo, COVID-19.

Introducción

Telesalud y atención primaria

La telesalud se ha definido como la prestación de servicios en el cuidado de la salud a través del uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) para apoyar la atención sanitaria a la distancia (1,2). Esta ha incluido servicios provenientes de diversas disciplinas, educación en salud para usuarios y profesionales, acciones en salud pública, administración sanitaria (3) y para la realización de actividades preventivas, promocionales y curativas (4).

La literatura ha señalado que la telesalud tiene el potencial de abordar diversos problemas en la atención sanitaria moderna al aumentar la calidad, accesibilidad, utilización, eficiencia y efectividad en el cuidado de la salud, con la ventaja adicional de reducir costos (3,5,6); beneficios que han sido determinados por las características de las intervenciones, por ejemplo tecnología utilizada, propósito clínico y configuración del proyecto o servicio, entre otros (5).

En atención primaria (AP), esta ocupa un lugar destacado al involucrar una amplia variedad de propósitos clínicos, poblaciones, innovaciones tecnológicas y proveedores (4,7). De acuerdo con la revisión realizada por Bashshur y equipo (4), su desarrollo e integración en los cuidados puede ampliar el alcance y acceso oportuno, mejorar la eficacia de los recursos y la calidad en el cuidado en AP.

Telesalud y emergencias de salud pública

Algunos artículos previos a la crisis sanitaria ya habían descrito el potencial de la telesalud en desastres y emergencias de salud pública (8,9), las cuales han puesto en situación de presión y colapso los sistemas de salud (10). Hoy esta herramienta ha sido adoptada con rapidez por ser el modo más seguro, deseado y aceptado para proveer atención de alta calidad durante la pandemia por la enfermedad COVID-19 (11). Su desarrollo se ha dirigido tanto para apoyar en la respuesta ante la alta demanda de atención por COVID-19, incluyendo la realización de triage, registro electrónico, tratamiento y

seguimiento (12), como también, para facilitar el acceso a ciertos servicios ambulatorios habituales (13).

A pesar de las situaciones de emergencia, autores han señalado que la telesalud debe ser completamente integrada en la provisión de atenciones en salud y no en reemplazo de atenciones presenciales durante situaciones de emergencia, tal como ha sido la pandemia por COVID-19 (11,14). Se ha recomendado que esta no se considere de uso aislado para brindar un servicio, más bien se sugiere reorganizar los sistemas actuales para convertirla en parte de los métodos de cuidado de rutina (14).

Implementación de la telesalud

Para que la ejecución de la telesalud tenga éxito en el cuidado habitual, se ha establecido que se considere una serie de elementos relevantes previos, durante y posterior a su implementación (16,17). Autores han establecido que las barreras y facilitadores presentes en las soluciones tecnológicas en salud no son causados simplemente por el individuo, sino también por los procesos con los que está rodeado y directamente afectado, por ejemplo, las características tecnológicas (facilidad y dificultades de usar el sistema) y factores del macrosistema (marco legal) (17). Solo con una visión holística de las barreras y facilitadores se podrán superar las limitaciones durante la implementación (17).

Otto y Harst (17) resumieron los elementos clave que pueden obstaculizar o facilitar la implementación de estrategias de telesalud en tres grandes categorías, las cuales dependen de los elementos que las gatillan: factores relativos a las personas (aspectos relacionados con los usuarios y los profesionales tales como sus percepciones y creencias sobre la intervención, alfabetización digital, apoyo social, experiencia previa y carga laboral); factores relativos al proceso (aspectos de la sociedad que rodean la iniciativa tales como la preocupación por aspectos éticos y el respaldo político-legal); y factores relacionados con el objeto (aspectos sobre la tecnología tales como confidencialidad, seguridad de datos y configuración de la tecnología).

Evaluación y telesalud

Para dar cuenta y analizar los aspectos anteriormente mencionados, se hace necesario evaluar los sistemas de salud electrónica (eSalud) propuestos. La evaluación de eSalud se ha definido como el acto que evalúa cómo un sistema de salud electrónico está marchando y produciendo los efectos que se esperaban, junto con los factores ambientales y procesos que lo influyen (18). A pesar de la relevancia de su evaluación, la mayor parte de estas estrategias no son evaluadas o sus resultados son parcialmente publicados en el ámbito científico (19).

Si bien hoy no existen estándares metodológicos científicamente sólidos y vinculantes para realizar evaluaciones adecuadas y comparables en el uso de la telesalud en situaciones prácticas (19), sí se han establecido algunas recomendaciones importantes a la hora de evaluar programas o intervenciones que integren la telesalud, entre ellos: combinar múltiples enfoques y métodos de evaluación (14,20,21); estudiar diversas perspectivas (14,21); combinar evaluaciones sumativas (centrado en el objetivo y producto) y formativas (centrado en lo subjetivo y en los procesos) (22,23); examinar cómo evalúan usuarios y proveedores los servicios tecnológicos (14,23); estudiar en qué medida se está utilizando el nuevo sistema (14,23); analizar integralmente la telesalud como parte de sistemas interdependientes (5,14); y evaluar los sistemas tecnológicos en contextos reales para su adopción sostenible en el funcionamiento habitual (3,5).

De acuerdo con la guía de la OMS (2) para evaluar y monitorear intervenciones digitales en salud, los resultados que emanan de la investigación de implementación tienen la capacidad de brindar información a las diferentes partes interesadas para identificar factores del proceso que influyen en la eficacia de la intervención. Estos recogen la definición de evaluación en implementación sobre un proyecto como “el estudio científico de los procesos utilizados en la implementación de iniciativas, así como los factores contextuales que afectan estos procesos” (p. 13) (24), prestando especial atención a la audiencia que participa y al contexto en que ocurre la innovación (24). Para la telesalud, este proceso de análisis estructurado y reflexivo permite comprender su contribución en

la calidad de la atención y los procesos influyentes en prácticas habituales y así asegurar su continuación, expansión y sustentabilidad en el cuidado regular (3).

Objetivo

A partir de los antecedentes presentados, el presente estudio tiene como objetivo describir las valoraciones, los obstaculizadores y facilitadores que vivenciaron los usuarios y equipos de salud durante la implementación de atenciones telefónicas durante la crisis sanitaria en atención primaria, ya sea por la enfermedad COVID-19 u otras prestaciones, entre 2020 y 2021².

Esta información permitirá profundizar en las implicancias y desafíos de la implementación de proyectos basados en telesalud en la adaptación de la AP durante la crisis sanitaria, sentando un precedente para su integración al funcionamiento habitual. Asimismo, los resultados del presente estudio no solo se vuelven relevantes para este caso particular, sino que también pueden aportar a iniciativas tecnológicas que se piensen adoptar tras el contexto COVID-19 en niveles primarios de atención.

Metodología

Diseño

El estudio adopta un enfoque metodológico cualitativo, de diseño no experimental transversal de tipo descriptivo. La estrategia de producción de datos se basó en entrevistas semi-estructuradas de manera remota, las cuales se guiaron por dos pautas de preguntas abiertas, una dirigida a usuarios y otra para profesionales. Los tópicos que guiaron las entrevistas fueron sus experiencias con el uso de las tecnologías en las atenciones de salud, con las atenciones telefónicas su centro de salud y sobre la integración de la telesalud en

² Otros dos artículos acompañan el estudio de las percepciones de los usuarios y profesionales que participaron de estas experiencias, los cuales se encuentran en desarrollo, enfocados en 1) beneficios percibidos y 2) recomendaciones multisectoriales que emergieron de las experiencias de los participantes para un modelo híbrido de atención en atención primaria.

la atención habitual en atención primaria. Más información sobre la pauta de entrevista en *tabla 1 y 2*. Este artículo fue preparado de acuerdo con los criterios consolidados para reportar investigaciones cualitativas (COREQ) (25).

Tabla 1. Resumen de pauta de entrevista dirigida a usuarios

1. ¿Cómo fue su experiencia con la(s) atención(es) telefónica(s) durante la crisis sanitaria?
2. ¿Cómo fue su experiencia con la persona que le contestó/lo atendió?
3. ¿Cómo fue resuelta su consulta?
4. ¿Había recibido anteriormente una atención de salud por teléfono u otra tecnología?
 - a. ¿Cómo fue su experiencia?
5. ¿Qué esperaba de la atención por teléfono?
6. ¿Qué lo sorprendió de la atención telefónica?
7. ¿Cómo evalúa usted la atención telefónica?
 - a. ¿Qué valora como positivo y negativo de la atención telefónica?
8. ¿Qué complicaciones/problemas tuvo durante la(s) atención(es) telefónica(s)?
 - a. ¿Cómo se solucionó o podrían solucionarse?
9. ¿Qué cree que se gana y pierde con una atención telefónica a diferencia de una atención presencial?
10. ¿Cómo podrían mejorar las atenciones por teléfono?
11. ¿Qué piensa sobre integrar atenciones telefónicas al cuidado habitual de su salud en el CESFAM?

Tabla 2. Resumen de pauta de entrevista para profesionales de la salud

1. ¿Cómo fue su experiencia con las atenciones telefónicas durante la crisis sanitaria?
2. ¿Cómo ha sido integrar las atenciones telefónicas a su trabajo durante la pandemia?
3. ¿Qué dificultades o complicaciones tuvo en las atenciones telefónicas?
4. ¿Cómo las solucionó o podrían solucionarse?
5. ¿Qué facilitó la implementación de las estrategias telefónicas?
6. ¿Qué experiencias tuvo con atenciones telefónicas antes de la crisis sanitaria?
 - a. ¿Cómo se diferencian de las más recientes?
7. ¿Cómo evalúa las estrategias telefónicas en la Red Ancora UC?
8. ¿Cómo podrían mejorar las atenciones por telesalud y la plataforma de contactabilidad?

9. ¿Qué puede limitar y/o facilitar la integración de estas herramientas a su trabajo habitual?

Setting

El estudio se situó en los Centros de Salud Familiar Ancora UC (Madre Teresa de Calcuta, San Alberto Hurtado y Juan Pablo II) en la comuna de La Pintana y Puente Alto en Santiago de Chile, establecimientos de atención primaria integrados a la red pública del Servicio de Salud Sur Oriente (26). Estos centros ofrecen atención de salud a familias beneficiarias del Fondo Nacional de Salud (FONASA) (entidad aseguradora en salud del sector público) que viven en un sector definido y se encuentran inscritas en estos centros (27).

Durante el año 2020, la Red Ancora creó una central telefónica de orientación clínica telefónica por médicos y enfermeros(ras) para que usuarios pudieran resolver dudas en torno a la enfermedad COVID-19 y realizar seguimiento de esta; a partir del año 2021 se incorporaron orientaciones telefónicas por enfermeros(ras) y matrones(nas) sobre diversos motivos de salud, lo que permitió mejorar el acceso a prestaciones en tiempos donde las consultas presenciales se encontraban restringidas (28).

Muestreo y reclutamiento

La selección de la muestra se realizó bajo criterio de muestreo intencionado ya que se buscó casos que aportaran información pertinente y relevante sobre las atenciones basadas en telesalud durante la pandemia por COVID-19. Se requería que los participantes fueran mayores de 18 años, con cobertura telefónica o con acceso estable a internet, que contaran con algún dispositivo electrónico que posibilitara la comunicación telefónica o por videollamada. Los participantes debieron haber recibido o realizado una atención telefónica por motivo de orientación o seguimiento COVID-19, como también, orientaciones clínicas telefónicas por otros motivos de salud. Se intentó balancear la

muestra invitando a usuarios y profesionales de los tres Centros de Salud Ancora UC y abarcando diferentes motivos de atención.

Se determinó como criterio de exclusión aquellas personas que vivenciaron un fallecimiento dentro de treinta días previos a la entrevista para resguardar a los participantes e investigación.

A través de informantes clave de la Red Ancora se obtuvieron los contactos de 10 usuarios inscritos en los Centros Ancora UC que recibieron una atención telefónica entre mayo del año 2020 y febrero del año 2021 para que pudieran resolver dudas en torno a la enfermedad COVID-19 o recibir orientaciones telefónicas por enfermeros(ras) y matrones(nas) (28); además de recabar los contactos de 10 de profesionales de la salud que participaron de las prestaciones telefónicas durante la crisis sanitaria entre mayo del 2020 y junio del 2021.

La invitación formal a participar del estudio se realizó a través de un contacto telefónico o mediante correo electrónico. En el caso de estar interesados se procedió a enviar el consentimiento informado y coordinar las entrevistas con los proveedores y usuarios, ya sea a través de dispositivo móvil o videollamada, dependiendo de los recursos disponibles de los participantes. La llamada telefónica o por video inició con la revisión de los objetivos, características del estudio y consentimiento informado, para luego abrir un espacio de preguntas sobre su participación. Cuando el invitado aceptaba participar se grababa su consentimiento verbal (29).

La muestra resultante se constituyó de 10 usuarios inscritos en los Centros Ancora UC, siendo 9 mujeres y un hombre. Las prestaciones que obtuvieron fueron por motivo de orientación o seguimiento COVID-19 (N= 5), como también, orientaciones telefónicas recibidas por otros motivos de salud por personal de enfermería (N= 2) o matrona (N= 3). Más información en *tabla 3*. Además, se entrevistó a 10 profesionales de la salud pertenecientes a los Centros Ancora UC, siendo la mayor parte mujeres (N= 9). Los profesionales entrevistados eran residentes de Medicina Familiar (N= 7) o enfermeras(ros) de los Centros Ancora UC (N= 3). Más información en *tabla 4*.

Tabla 1. Información descriptiva de los usuarios entrevistados

ID de entrevista	Edad	Género	Centro de Salud	Tipo de prestación recibida	Ocupación	Nivel educativo	Tiempo de traslado (min)*
E1	30	M	Centro 1	Call Center COVID-19, Seguimiento COVID-19	Educadora	Enseñanza superior completa	20
E2	62	M	Centro 1	Call Center COVID-19, Seguimiento COVID-19	Cuidadora informal de personas mayores, jefa de hogar	Enseñanza media completa	5
E3	57	H	Centro 2	Call Center COVID-19	Trabajador de supermercado	Enseñanza media completa	20
E4	53	M	Centro 2	Call Center COVID-19	Jefa de hogar	Enseñanza media completa	15
E5	25	M	Centro 3	Orientación Clínica Matrona	Administrativa	Enseñanza media completa	20
E6	54	M	Centro 3	Orientación Clínica Matrona	Administrativa	Técnico superior completa	45
E7	20	M	Centro 3	Orientación Clínica Matrona	Estudiante	Técnico superior incompleta	10
E8	52	M	Centro 1	Call Center COVID-19, Seguimiento COVID-19	Bibliotecaria, comerciante independiente	Enseñanza media completa	15
E9	61	M	Centro 2	Orientación Clínica Enfermera	Jubilada, comerciante independiente	Enseñanza media completa	30
E10	79	M	Centro 1	Orientación Clínica Enfermera	Jubilada, jefa de hogar	Enseñanza media incompleta	15

* Tiempo de traslado en minutos entre el centro de salud en el que el usuario se encuentra inscrito y su residencia.

Tabla 4. Descripción de los profesionales de la salud entrevistados

ID de entrevista	Edad	Género	Disciplina	Centro de Salud	Prestaciones telefónicas realizadas	Tiempo realizando prestaciones
E11	36	M	Medicina Familiar	Centro 3	Orientación Clínica COVID-19	7 meses
E12	29	M	Medicina Familiar	Centro 2	Orientación Clínica COVID-19	5 meses
E13	29	M	Medicina Familiar	Centro 1	Orientación Clínica COVID-19	4 meses
E14	32	M	Medicina Familiar	Centro 2	Orientación Clínica COVID-19	7 meses
E15	33	M	Medicina Familiar	Centro 2	Orientación Clínica COVID-19	5 meses
E16	27	M	Medicina Familiar	Centro 1	Orientación Clínica COVID-19	5 meses
E17	30	M	Medicina Familiar	Centro 1	Seguimiento COVID-19, MACEP	5 meses
E18	29	H	Enfermería	Centro 1	Seguimiento COVID-19, MACEP	13 meses
E19	29	M	Enfermería	Centro 1	Seguimiento COVID-19, MACEP	7 meses
E20	30	M	Enfermería	Centro 1	Orientación Clínica COVID-19, MACEP	12 meses

Notas: MACEP= Modelo de Atención Centrada en la Persona

Las entrevistas fueron grabadas con un dispositivo de grabación de audio en función de mantener un registro y rol activo durante la actividad (Hernández et al., 2014). Las entrevistas fueron llevadas a cabo por la investigadora principal y sus transcripciones fueron realizadas por esta y un tercero, resguardando la confidencialidad y anonimizando los datos.

Análisis de los datos

El proceso general de análisis de datos se basó en la teoría fundamentada para facilitar el análisis y la comprensión de la situación estudiada (30). El análisis de los datos se realizó a través de un proceso inductivo y codificación abierta para generar unidades y categorías a partir de los datos producidos (30). Los resultados fueron analizados por las autoras, identificando ideas claves y citas representativas para ilustrar los resultados. En el proceso de análisis y sistematización se contó con la ayuda del programa computacional Atlas.ti ®.

Consideraciones éticas

La investigación mantiene el anonimato de los participantes y se estipuló que estas entrevistas no implican algún perjuicio para el rol que desempeñan, en su calidad de usuarios o proveedores de la salud, en los Centros Ancora UC.

El estudio fue revisado y aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (5 de noviembre, 2020) y por el Comité Ético Científico Ciencia de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile (sesión extraordinaria N°10, 30 de julio, 2020).

Resultados

Dificultades durante la implementación de la atención basada en telesalud

Las dificultades en la provisión de atenciones telefónicas de salud durante la crisis sanitaria se agruparon en cuatro ámbitos: barreras comunitarias y coyunturales;

tecnológicas y de infraestructura; dificultades institucionales; profesionales y técnicas; y limitaciones asociadas a la modalidad de atención a distancia.

Comunitarias y coyunturales. Usuarios y profesionales describieron que las estrategias tecnológicas, al estar sujetas a la evolución de la crisis sanitaria, significaron una serie de alteraciones en el ámbito laboral, además de generar desorientación en los participantes. El desconocimiento sobre la enfermedad por COVID-19 y la descoordinación en la respuesta sanitaria en Chile generaron cambios fundamentales en las estrategias telefónicas Ancora, las cuales se adaptaron continuamente al plan de respuesta sanitaria nacional generando incertidumbre sobre el éxito de las intervenciones y alterando el bienestar de los equipos y los usuarios:

“Siento que había transversalmente bastante confusión. Esto de que en las indicaciones cambiaran día por medio, quién se hacía el examen y quién no, quién se consideraba positivo y quién no... Tuvimos que hacernos nosotros cargo de esas cosas. (...) Entonces había preocupación de hacerlo bien, de contarles [a los usuarios] entender cómo es esta cosa, era súper comprensible, porque efectivamente la información cambiaba semana por medio, sigue siendo muy volátil.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19)

Los equipos de salud percibieron que las estrategias tecnológicas se vieron limitadas por la reducida capacidad de atención, recursos disponibles en la respuesta sanitaria y cuando otros niveles de atención no contaban con las suficientes herramientas de apoyo. Esto generó que un alto número de usuarios no pudieran acceder a una atención de salud oportuna y de urgencia, sobrecargando a los equipos clínicos que trabajaron en las estrategias telefónicas en Ancora UC:

“Sabíamos que no dábamos abasto, entonces teníamos que seguir buscando formas de hacerlo, tuvimos que trabajar hard tiempo también en saber de qué manera hacerlo para que fuéramos eficientes, porque creíamos que, si no llegábamos a todas las personas, iba a haber un porcentaje que no íbamos a llamar, y que ese mínimo porcentaje, aunque fuera poco, podía pasarlo mal, podría haber gente que falleciera.”

Entonces eso, nos llegaba harta presión, siento que trabajé harto y que a muchos nos pasó que trabajamos muchas más horas de lo que incluso trabajamos estando físicamente en el trabajo.” (Enfermera, seguimiento telefónico COVID-19 y para otros motivos de salud).

Tecnológicas y de infraestructura. La falta de cobertura digital, barreras de accesibilidad tecnológica usuaria e infraestructura habitacional, con insuficiente privacidad y tranquilidad para el desarrollo de la atención, fueron algunos de los elementos presentes en la comunidad y el territorio que afectaron el acceso a las atenciones telefónicas:

“Algo tan sencillo como que el paciente no tenga teléfono, no tenga internet, tenga mala conexión. La tecnología está en todas partes, pero no todos la tienen, o el tema de la conexión, o errores como de haber anotado mal el teléfono. Todos estos temas tienen que ver con elementos socioeconómicos que limitan la comunicación.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19)

Para los profesionales no hubo suficiente infraestructura tecnológica y aislamiento en sus lugares de trabajo para realizar atenciones telefónicas, ocasionando interrupciones en el desarrollo de sus atenciones cuando trabajaban desde casa o de forma presencial en su centro de salud. Asimismo, los equipos debieron utilizar sus propios recursos durante las atenciones telefónicas en Ancora, lo que significó que usuarios mal utilizaran el canal dispuesto, recibieran llamados fuera del horario laboral, vulnerando su privacidad. De acuerdo con los entrevistados, la calidad y eficiencia de las atenciones recayó en los recursos personales, perdiendo además la capacidad de registrar las atenciones y corroborar que estas fueron realizadas:

“En el periodo de la primera ola de la pandemia se hacía uso de los teléfonos personales. Me decían que podía llamar a este teléfono en cualquier momento. Me pasó con la enfermera que me dijo que la llamara a la hora que sea, era su número personal, no institucional. Y yo creo que eso no puede pasar. Las personas requieren descansar, hay que cuidar a las personas. Cuando un sistema es humanizado piensa para ambos lados, tanto para el enfermero que está atendiendo a una persona como

uno que está al otro lado, ambos con los mismos derechos.” (Usuaría, 52 años, orientación y seguimiento COVID-19)

“Yo pedí ir a hacer teleatención en el CESFAM porque tuve que devolver el computador que estaba usando para las llamadas telefónicas, y en mi computador no pude instalar el programa porque tenía que cambiar todo el sistema operativo, entonces al final preferí ir al CESFAM. Pero mis colegas que están llamando desde la casa, están llamando desde sus celulares. Entonces es importante que, si se va a incorporar una prestación, tener algún sistema mínimo, que te pasen el sistema en el computador para hacer la llamada o que te den algún celular, porque... ¿usar tu celular para llamar a los pacientes? ... mmm, no sé.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19)

Los incidentes técnicos con las plataformas utilizadas, inestabilidad del registro clínico electrónico, errores de agendamiento y de derivación mediante las plataformas fueron elementos que entorpecieron el trabajo y significaron consecuencias no deseadas en la atención de las personas:

“Pasaba esto de que se descoordinaba, no se cargaban bien la misma agenda del [sistema de registro clínico electrónico] con la plataforma de [sistema telefónico] de donde salía la agenda de llamados, no nos aparecían los mismos teléfonos, o no nos aparecían en la agenda o se repetían los pacientes entre nosotros, entonces llamaba uno en la mañana y después me salía a mí, por ejemplo, y revisaba en la ficha y ya estaba contactado.” (Médico familiar, seguimiento telefónico COVID-19 y para otros motivos de salud).

Finalmente, la baja capacidad de intercambiar información cuando se utilizaban dos o más sistemas para la atención generó una mayor carga de trabajo en los equipos y mayores errores en el proceso de registro:

“Es una lata tener que hacer el doble registro, esto de tener el [sistema de registro clínico electrónico] y luego [sistema telefónico], ojalá fuera un sistema que conversaran, eso creo que sería útil... porque siempre cuando hay que hacer dobles

cosas: uno pierde tiempo y se equivoca, algo siempre se te olvida. Ojalá tuvieran una mejor sincronía.” (Médico familiar, participa en orientación clínica por COVID-19).

Institucionales. Al inicio de la crisis sanitaria, las estrategias se vieron afectadas por descoordinaciones entre los equipos y los establecimientos de salud Ancora UC, de forma que se compartía información diferencial sobre el funcionamiento de los centros y de las estrategias implementadas durante la pandemia, perdiendo eficiencia en las mismas:

“Nos pasó más de una oportunidad que gente de los mismos centros se entregaba este número para otros fines que no eran el objetivo del Call. Entonces ahí también había un mensaje contradictorio desde el equipo, eso ya es un conflicto mayor, otra cosa es que a que le digan a un usuario: “mira este teléfono úsalo para esto”, cuando no es para eso.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19)

A esto le acompañó una sensación de ambigüedad durante la implementación de las nuevas estrategias telefónicas durante la crisis sanitaria y sobre el funcionamiento en la Red Ancora UC, lo que tuvo relación con los continuos cambios producto de la pandemia. Para los equipos hubo poca claridad dentro de la organización sobre cómo funcionarían las estrategias telefónicas, los conductos regulares para levantar alertas, junto con las formas en que se tomaron decisiones, lo cual contribuyó a una sensación de inseguridad y malestar:

“De todas maneras generaba un poco de angustia que fuera todo tan encima. Si el lunes íbamos a empezar, el viernes no teníamos claro cómo iba a ser. Generaba alta ansiedad y angustia... y molestia también, porque si es que teníamos toda una planificación para poder destinar cierto tiempo, o con el mismo tema de los técnicos para instalar cosas, uno montaba horarios y al final tenía que estar disponible en cualquier momento. Fue todo a mucha presión.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19)

Por otro lado, los equipos percibieron que la organización situaba explícita e implícitamente el éxito o fracaso de las estrategias a distancia en el desempeño que lograban los profesionales al teléfono, generando desgaste y sobrecarga laboral durante el

periodo en que participaron, especialmente al comienzo de las estrategias. La exigencia de lograr un alto rendimiento se expresaba a través de la figura del supervisor, algunos de los cuales estaban centrados en la tarea y no en el equipo al momento de monitorear el funcionamiento de las estrategias. Asimismo, los líderes del proyecto esperaban un sobre involucramiento y alto rendimiento del equipo telefónico, solicitando tareas fuera del horario laboral que generaban tensión entre los diferentes actores:

“Había mucha carga para todos, había una exigencia detrás para que esto funcionara. Entonces al principio estábamos sobre supervisadas, todo el rato pendiente de que no nos tomáramos descansos largos, de que estuviéramos todo el tiempo disponible, que, si estábamos con error o no, quien contesta más rápido, ‘no te demores tanto’.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19)

Profesionales y técnicas. El desafío profesional de adaptarse a nueva forma de realizar atenciones, el desconocimiento y falta de experiencia en atenciones a distancia, las altas expectativas sobre las estrategias remotas y la preocupación por lograr un alto rendimiento fueron elementos que impactaron en las labores y generaron ansiedad en los equipos:

“Fue una experiencia bastante desafiante, porque no estamos acostumbrados, nadie estaba acostumbrado a hacer esto. Si bien hay muchas partes del mundo en el que la telemedicina ya está instaurada, al final es una experiencia que es como con otros colegas, no directamente tuya con el paciente. (...) Al final esto era como prueba y error constantemente... y pues también el desafío de no poder estar con tu paciente frente a frente, que al final son las herramientas con las que tú fuiste formado... Entonces al final tuviste que adaptarte a tratar de que la parte comunicacional se adaptara y se amoldara a esta nueva situación.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19)

Por otro lado, supervisores clínicos identificaron dificultades comunicacionales en los equipos, sobre cómo lograr un vínculo con los pacientes y cómo realizar una evaluación integral a distancia:

“Yo lo notaba por el registro, yo igual tenía que ir detrás revisando los casos y veía registros muy acotados y decían ‘el usuario está bien’, no una evaluación más integral. Y no me cabe duda de que los médicos en verdad sí se manejan con esto, en lo técnico. (...) Me atrevería a decir eso, que en el fondo dejaban de ser un poco más integrales y en cómo llegar al usuario, como entablar el diálogo, etcétera.”
(Enfermero, seguimiento telefónico COVID-19 y para otros motivos de salud).

En la misma línea, los profesionales percibieron que no contaban con las suficientes herramientas y habilidades para realizar un primer apoyo emocional o psicológico a distancia, siendo esta la principal necesidad manifiesta o latente cuando llamaban los usuarios:

“Yo creo que todas mis compañeras podemos estar de acuerdo en base a lo mismo, que al principio nuestro mayor estrés era como los conteníamos, porque en un inicio la gente estaba muy desesperada, y tampoco teníamos esas herramientas comunicacionales. (...) Entonces yo creo que todas podemos estar de acuerdo que el desarrollo que tuvimos que tener desde ese punto de vista fue importante.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19)

Por otro lado, el equipo tuvo dificultades para resolver llamadas telefónicas difíciles, caracterizadas como situaciones no protocolizadas, siendo estas urgencias de salud, crisis de pánico, comunicación de noticias difíciles, reacciones negativas y agresiones verbales, riesgo de suicidio, muertes en domicilio, violencia intrafamiliar y comunicación con personas en situación de discapacidad auditiva:

“Cuando los pacientes tienen una reacción que uno no se espera es complicado hacerlo vía telefónica, porque me pasó que llamé a una paciente para avisarle que había salido positivo el examen de la PCR, y llevaba tiempo haciendo los seguimientos y la señora se puso a llorar, y yo no me esperaba que se pusiera a llorar en ese momento, y frente a eso ella estaba acompañada con el marido y el marido tomó el teléfono y me empezó a insultar ‘¿por qué le dijo? ¿Por qué la dejó así?’. Y yo, así como ‘señor le explico, la señora fue a tomarse un examen y salió positivo, la estoy

llamado para avisarle’... fue difícil porque, ¿cómo contengo a alguien en vía telefónica?” (Médico familiar, realizó seguimiento por COVID-19)

Limitaciones según la modalidad de atención. La principal limitación derivada de la modalidad de atención telefónica que se deben examinar a la hora de definir la manera en que se realizará la atención tuvo relación con la dificultad de efectuar un examen físico directo; tomar muestras; y realizar procedimientos de salud. Asimismo, la falta de privacidad e información visual dificultó la realización de evaluaciones integrales y psicosociales:

“Todo tiene su pro y su contra, los contras es que se pierde un poco examinar al paciente, de evaluarlo, hay controles que definitivamente no se pueden hacer a distancia, hay tensión descompensada, por ejemplo, o en algunos lados que es necesario hacer un examen físico respiratorio... Quizás a futuro se pueda hacer algo mixto, visitar las dos atenciones, que una sea presencial y la otra remota, e ir intercalando un poco la cosa de mantener estos dos, pero también facilitar al usuario que se mantenga y que tenga la posibilidad de tener una atención. Acercar la salud a ellos.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19).

Un efecto negativo que tuvo el reporte de signos y síntomas a través de las atenciones a distancia fue que los usuarios reportaban mayor gravedad sobre su situación de salud o familiares llamaban en representación de otra persona, reportando información de dudosa validez. La dificultad de corroborar síntomas respiratorios resultó en un uso ineficiente de los recursos sanitarios:

“De repente llamaba un familiar o alguien cercano, pero que no está físicamente con la persona, entonces nosotros necesitábamos hablar con la persona para poder evaluarla y por último saber si estaba ahogándose o no, y ahí explicarles si podíamos o no gestionar una visita domiciliaria. Nos pasó que a veces gestionábamos visitas domiciliarias pero la persona estaba bien. Entonces nosotras tuvimos que ser más estrictas al hablar con el paciente o alguien que esté allí al lado. Sobre todo, porque

en un momento eran muy limitados los recursos para todas las necesidades que habían.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19).

Facilitadores durante la implementación de la atención basada en telesalud

Los aspectos que facilitaron la implementación de las atenciones telefónicas en la provisión de atenciones de salud durante la crisis sanitaria se agruparon en cuatro ámbitos: facilitadores coyunturales y comunitarios; institucionales; interpersonales y de equipo; y profesionales y técnicos.

Facilitadores coyunturales y comunitarios. Se destacó el rol de la crisis sanitaria como el principal conversor hacia la salud digital, permitiendo que se reestructurara y reasignaran los recursos a la respuesta sanitaria. La combinación de trabajo en casa y trabajo presencial durante la crisis; la adaptación en la organización; la adopción e intención de uso de la comunidad usuaria; y la anticipación de la sobrecarga al sistema de salud debido a la suspensión de atenciones posibilitó que se proveyeran distintas atenciones a través de las TICs en la Red Ancora UC, dando pie a repensar el modelo de atención:

“Me parece que la pandemia vino a acelerar ciertos procesos que estaban pendiente, por ejemplo, como es la atención remota, ya creo que era una deuda que teníamos con nuestros usuarios de poder modernizar estos procesos. Por lo tanto, la pandemia en ese sentido vino a acelerar un poco esto.” (Enfermero, seguimiento telefónico por COVID-19 y por otros motivos de salud).

Facilitadores institucionales. La incorporación de atenciones a través de las TICs en la provisión de servicios en la Red Ancora UC antecedió a la crisis sanitaria, lo que facilitó la implementación de estrategias tecnológicas durante la pandemia por COVID-19. Una de las más importantes experiencias identificadas fueron los contactos telefónicos para realizar seguimiento y rescate de usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles, parte del Modelo de Atención Centrada en la Persona (MACEP) implementado desde 2017 en la Red Ancora. Los profesionales que participaron de dicho Modelo estuvieron

en el diseño e implementación de las nuevas estrategias durante la pandemia, nutriendo las intervenciones con sus aprendizajes. Asimismo, un grupo importante de usuarios ya se encontraba habituado a la atención telefónica producto de este Modelo, volviéndose plausible y esperable que la atención telefónica se extendiera a otras prestaciones. Por otro lado, los equipos clínicos anticipaban que nuevas prestaciones telefónicas se integraran tras el funcionamiento de MACEP por el distinguido trabajo que le antecedía dentro de la Red Ancora UC:

“Siento que fue como la adaptación a lo distinto, pero tampoco siento que haya sido tan distinta a como fue la adaptación de la gente de MACEP en un principio. Yo creo que la gente entendió súper bien el objetivo de que las atenciones fueran de esta forma y en el caso de que lo requirieran tenían que venir igual con todas sus medidas de precaución. Además, nos ayudó como centro desde la experiencia previa de saber que los controles debían tener un rendimiento de un control normal, cómo se debían hacer los controles y qué sugería la evidencia” (Enfermera, seguimiento telefónico por COVID-19 y por otros motivos de salud).

Por otro lado, prácticas organizacionales como el apoyo técnico y provisión de dispositivos electrónicos; la orientación y gestión de supervisores operativos; la comunicación directa con los encargados de las estrategias telefónicas, supervisores clínicos y equipo informático; la posibilidad de realizar múltiples funciones para que los profesionales de salud pudieran resolver distintos requerimientos y consultas; y la participación del equipo clínico en la generación de protocolos, fueron elementos clave para el desarrollo de las estrategias:

“Es súper importante, el tener a alguien que te ayude con la gestión de derivaciones u otras atenciones que uno quiera gestionar, si uno considera derivar al hospital o derivarlo al mismo centro con una nueva atención o dejarlo agendado para un siguiente seguimiento telefónico, si o si tiene que estar esa figura que haga como el nexo o el contacto, que frente dudas pueda responder o que tenga contacto con la

gente de informática si es que se tiene problema en el sistema.” (Médico familiar, seguimiento telefónico por COVID-19)

Asimismo, para los profesionales fue clave lograr una acción conjunta, coordinada y en red en los Centros de Salud Ancora UC entre los diferentes actores, integrando encargados(as) de centro, encargados(as) de programa, vinculación activa con los equipos presenciales y agentes comunitarios. Dicha articulación permitió mayor resolución de las estrategias a través de la gestión de recursos adecuada para cada caso:

“Por ejemplo, si nos llamaba alguien y nos dábamos cuenta que estaba con un criterio más urgente para evaluarlo, lo gestionábamos, visitas domiciliarias, teníamos ya después el contacto del gestor COVID de cada CESFAM con el que nos contactamos para hacer ciertas gestiones; o de repente nos pasaba que llamaba algún paciente que estaba con síntomas, que había tenido la PCR negativa, y que lo había llamado alguien para decirle que estaba negativa, y le habían cerrado el caso, y nos llamaban diciendo ‘¿cómo es que voy a trabajar si es que estoy con síntomas?’, entonces nosotros hacíamos toda la retroalimentación al centro. Entonces servía para retroalimentar cuando había algunas cosas que nos hacíamos bien, fuimos trabajando mucho más en conjunto con cada CESFAM, más que como un call center totalmente aparte.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19)

Finalmente, se valoró positivamente la generación, difusión y uso de protocolos claros de asistencia adaptados durante la crisis sanitaria e implementación de las estrategias:

“Lo otro que nos sirvió para poder guiarnos fue que usamos los mismos protocolos que ocupábamos antes para la atención presencial pero ahora los llenábamos saltándonos ciertas cosas, como el examen físico que no se puede hacer, o la antropometría, el control de signos vitales que a lo mejor ahí podíamos preguntar acerca del automonitoreo del paciente o si se ha podido pesar durante el último tiempo, y todo eso te da más espacio para hacer un control más integral.” (Enfermera, seguimiento telefónico por COVID-19 y para otros motivos de salud).

Facilitadores interpersonales y de equipo. El apoyo entre pares para resolver situaciones desafiantes y no protocolarizadas; la coordinación para la distribución de funciones y solución de incidencias técnicas; la sensación de cuidado de equipo; el aprendizaje entre pares; y la presencia de un líder en el equipo ejecutor mejoró el bienestar del grupo y facilitó la operación del proyecto:

“Yo creo que lo que se generó entre las chiquillas, las que estuvimos atendiendo el call, fue algo muy lindo, y pudimos apoyarnos en lo adverso digamos, que es trabajar en la pandemia. Te encuentras en un equipo que no necesariamente conoces, cada una venía de su centro, cada una era encargada de, pero tampoco habíamos tenido experiencia en conocernos.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19)

Facilitadores profesionales y técnicos. Para los equipos de salud, las limitaciones derivadas de la modalidad de atención a distancia (por ejemplo, dificultad de efectuar un examen físico directo) fueron vistas como oportunidades para mejorar la entrevista clínica, anamnesis y efectuar atenciones más integrales, centrando la atención en la situación del usuario, sus necesidades y problemas que este percibe:

“Era complicado poder hacer la evaluación física vía teléfono, tenía mucho que ver en el cómo preguntar, en el qué preguntar y en el ir educando a la vez (...). Poder tratar de ir “disecando” el síntoma que a ellos los tenía preocupado y explicarles cómo puede evolucionar. Siento que en ese sentido la parte clínica mejora mucho.” (Médico familiar, seguimiento telefónico por COVID-19 y por otros motivos de salud).

Por otro lado, para los equipos fue clave encuadrar los contactos telefónicos; definir el motivo de la atención; informar sobre el funcionamiento de la estrategia; comunicar sobre la distribución de recursos disponibles adecuados para el caso; y desarrollar la atención según los protocolos establecidos por motivo de consulta:

“Siempre es súper importante saber el motivo de la atención, porque eso lo orienta a uno para realizar la entrevista y además para poder decirle al paciente el motivo del llamado en este caso. Es súper importante tener una estructura al momento de realizar la atención dependiendo del motivo por el cual sea, cosa de que no quede información

pendiente o se requiera de un segundo llamado. También preguntar sobre la conexión, que eso te puede poner nervioso o comentarle si estás con problemas de señal.”
(Médico familiar, seguimiento telefónico por COVID-19)

Valoraciones de las estrategias telefónicas durante la crisis sanitaria

Experiencias desafiantes. Para los profesionales, el inicio de las estrategias de atención telefónica se caracterizó por ser un periodo difícil debido a los desafíos profesionales, organizacionales y sanitarios descritos anteriormente, entre otros, implicados al diseñar e implementar en la marcha durante la crisis sanitaria:

“I: ¿Cómo fue tu experiencia trabajando en las atenciones telefónicas durante la pandemia?”

E: Agotadora. Creo que es una buena experiencia, es algo para lo que nadie estaba preparado. Cuando llegó el COVID y la pandemia hubo que poner en marcha cosas que estaban creándose en el camino... Cuando se empezó a implementar todavía estaban los flujos, se fueron transformando, dependiendo de las modificaciones, de las cosas que decía el Ministerio [de Salud]... Los primeros meses fueron bastante agotadores, sobre todo porque los pacientes no querían acudir al servicio presencial entonces muchas atenciones se dieron a distancia.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19).

En este sentido, las valoraciones de los equipos de salud variaron según los obstaculizadores y facilitadores que se presentaban en el contexto de cada caso, además de la propia aproximación de cada persona a las situaciones que le generaran dificultades en la realización de las atenciones telefónicas:

“Desde el punto de vista tecnológico para mí fue fácil. Desde el punto de vista comunicacional con el paciente, fue más difícil porque no estaba preparada para todas esas emociones que se manifestaron en las llamadas telefónicas, era una lluvia de personas angustiadas.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19).

En relación con la sobrecarga y desgaste laboral que experimentaron los profesionales de la salud, esta se produjo principalmente en los periodos en que hubo mayor demanda de atenciones a distancia y por la dificultad de dar respuesta a esta, generando alteraciones en la vida personal, emocional y laboral de los funcionarios:

“Yo creo que lo principal ha sido el riesgo de burnout. Físicamente lo he observado con que estoy de mal humor, me irritó más fácil, a veces tengo dolor de espalda... pero yo lo identifico de esa manera conmigo... A veces me siento un poco más angustiada o lábil emocionalmente, y tiene que ver con que me irritó más fácil porque me siento cansada. Pero, por ejemplo, si lo veo mis compañeros, hay varias licencias por salud mental, también tenemos a muchas personas con mucho enojo e irritabilidad y tenemos funcionarios que no quieren hacer ciertas actividades porque ya no quieren más.” (Enfermera, seguimiento telefónico por COVID-19 y para otros motivos de salud).

La adaptación a una nueva forma de realizar atenciones estuvo relacionada con aprender a trabajar con las plataformas tecnológicas y sistemas de registro, pero también, con el desafío de encontrarse trabajando reclusos en casa producto de los periodos de aislamiento durante la crisis sanitaria:

“Al principio fue difícil acostumbrarse por todas las cosas nuevas que se implicaban, esto incluye: el tema de acostumbrarse al utilizar un computador, utilizar distintos programas, aprender un nuevo lenguaje técnico para comunicarse [con los informáticos] y además todo esto del teletrabajo...” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19).

Las experiencias de los profesionales de la salud mejoraron junto con el desarrollo de la crisis sanitaria, en la cual pudieron ampliar sus habilidades de equipo, capacidades clínicas, aprendizajes tecnológicos y desarrollar otras herramientas de gestión y resolución:

“Para mí personalmente, a mí ya no me da miedo agarrar el teléfono y llamar a un paciente. Antes uno tenía este “bichito” que al llamar al paciente se está involucrando

más con ellos, porque uno está acostumbrado al tema de la atención presencial y nada más, pero ahora el tema de uno poder llamar al paciente y saber que estás haciendo tu trabajo, también de forma profesional. No saliéndote de los esquemas habituales porque ya se volvió una costumbre. (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19).

Experiencias positivas. Los profesionales y usuarios evaluaron positivamente las estrategias de atención de salud telefónica durante la crisis sanitaria conforme: 1) las estrategias lograron los objetivos propuestos, tales como contribuir a la respuesta sanitaria e innovar en la prestación de servicios; 2) se proveyeron atenciones de calidad que abordaron el motivo de consulta; 3) permitieron construir relaciones de confianza o continuar con las existentes; 4) lograron integrarse con diferentes recursos, mejorando la efectividad y eficiencia de estas; 5) permitieron hacer un uso eficiente de los recursos en la Red Ancora transformando la provisión de servicios; 6) permitieron fortalecer el Modelo de Atención de Salud Familiar; 7) mejoraron la percepción de apoyo y cuidado; 8) mejoraron la jornada de trabajo, carga laboral y el trabajo en equipo; 9) fortalecieron la formación profesional, generando un aporte a la docencia; y 10) conforme las plataformas tecnológicas contribuyeron a las estrategias que se estaban implementando, todos aspectos que resultaron en una implementación positiva de las estrategias:

“Hemos visto que es un mecanismo eficiente, partiendo de la base de que todos los usuarios siempre quieren ver médicos y hay cosas que realmente no son para verlas con médicos... entonces también viene a hacer un poco más eficiente el sistema y distribuir de mejor manera las horas de distintos profesionales.” (Enfermero, seguimiento telefónico por COVID-19 y por otros motivos de salud).

“Yo no las diferencio, las dos las encuentro buenísimas, porque es para emitirme un resultado de algo, y positivo, porque me resolvieron.” (Mujer, 54 años, orientación telefónica con matrona).

Un elemento clave que generó satisfacción de los usuarios con las atenciones telefónicas fue el mayor involucramiento de los profesionales en los aspectos de la

consulta, prestando especial atención al componente relacional y comunicacional para establecer un vínculo y así compensar las restricciones físicas que presentaba la atención telefónica:

“Para mí, que una persona me escuche, me diga ‘tranquila, este remedio es bueno para esto, probemos’ ya, probemos, me tranquiliza. La doctora trataba de preguntarme lo máximo posible, que no se le fuera nada, para poder ayudarme, porque estaba concentrada en su trabajo. (...) Para mí fue una experiencia muy buena. Ella fue muy amable, muy gentil, muy educada, paciente y preocupada de lo que a mí me está pasando, fue muy acogedora conmigo.” (Mujer, 53 años, orientación telefónica por COVID-19).

Finalmente, los entrevistados creen que la integración de las atenciones remotas es una oportunidad para mejorar los procesos de atención, la cual supone una mejora en la gestión de la actividad sanitaria que impactaría en la situación de salud de las personas:

“Ojalá no se acaben después de todo este tema de la pandemia, que continúen así. Que continúen llamando y que uno pueda pedir hora por teléfono para diferentes profesionales, desde la matrona hasta la asistente social.” (Mujer, 54 años, orientación telefónica con matrona).

Discusión

Los resultados de este estudio permitieron identificar factores relevantes a considerar en la implementación de estrategias telefónicas en AP. Tres ejes principales fueron descritos: 1) barreras percibidas; 2) facilitadores experimentados por usuarios y profesionales de la salud en su participación en atenciones telefónicas durante la crisis sanitaria en atención primaria; además de 3) valoraciones sobre las estrategias en que participaron. Las barreras en la provisión de atenciones telefónicas durante la crisis sanitaria tuvieron relación con aspectos coyunturales y comunitarios; tecnológicas y de infraestructura; institucionales; profesionales y técnicas; y asociadas a la modalidad de

atención telefónica. Por otro lado, los aspectos que facilitaron la implementación de las atenciones telefónicas tuvieron relación con facilitadores coyunturales y comunitarios; institucionales; interpersonales y de equipo; profesionales y técnicos.

Las experiencias con las estrategias telefónicas durante la pandemia por COVID-19 se caracterizaron como desafiantes y positivas conforme se cumplía una serie de criterios. En cada caso, las experiencias estudiadas estuvieron interrelacionado con los facilitadores y obstaculizadores identificados. Las valoraciones positivas de las estrategias telefónicas durante la crisis sanitaria se presentaron en tanto las estrategias contribuían a lograr los objetivos propuestos; se proveían atenciones de calidad; mejoraba la relación proveedor-usuario; se integraban con diferentes recursos; fortalecía los procesos de atención integral; mejoraban las condiciones laborales; fortalecían la formación profesional; y en tanto la tecnología generaba un aporte a las estrategias.

Contraste con la literatura

Estudios cualitativos y cuantitativos han señalado que los proveedores de salud y usuarios a menudo experimentan una amplia variedad de barreras y beneficios en la implementación de la telesalud (31–37), siendo principalmente estudiadas las atenciones por videollamada y telefónicas en atención primaria (31,33,35,37,38) o en el tratamiento para la enfermedad por COVID-19 (32,36).

Entre los desafíos que se han identificado para la provisión de servicios por teléfono y por videollamada se destacan preocupaciones acerca del acceso equitativo a la atención médica (31,34); cambios en el rol clínico (34); falta de claridad sobre qué tipo de problemas de salud funcionaría cada modalidad (34,36,39); preocupación sobre las competencias y habilidades clínicas (34,37); incapacidad de realizar examen físico (34,36); desafíos al evaluar pacientes de salud mental (34); preocupaciones por problemas tecnológicos y logísticos (32,34,36); y preocupaciones de integración tecnológica entre sistemas (37), entre otros elementos. En su mayoría estos factores fueron identificados en el presente estudio, manteniendo una coherencia con otras experiencias de intervención.

Por otro lado, usuarios y profesionales han reportado que la disminución de barreras burocráticas durante la crisis sanitaria tuvo un impacto positivo en la introducción de medidas de acceso a través de la telesalud (35,37,38). Además, se han señalado como facilitadores las atenciones a distancia centradas en el paciente para establecer una buena relación (34,37); el aumento en la inversión en la infraestructura tecnológica (38); la experiencia previa (33,40); nuevas oportunidades de liderazgos en defensa de la incorporación de la telesalud (38); y una mejor conciliación entre el trabajo y la vida personal (38) en la instalación de la telesalud en atención primaria durante la emergencia sanitaria por COVID-19.

De acuerdo con una revisión Cochrane de estudios cualitativos en atención primaria sobre las experiencias de equipos clínicos con dispositivos móviles en salud (mSalud), el trabajo con estos dispositivos impactó tanto positiva como negativamente en sus labores como en las relaciones dentro de los equipos y con sus pacientes, entre otros aspectos (33). Según la revisión, las percepciones variaban en función de la interacción entre la tecnología, los contextos y los atributos humanos, desafiando conclusiones simplistas sobre cómo las personas perciben y experimentan el uso de la mSalud (33). En el contexto de la crisis sanitaria por COVID-19 en Australia, un estudio observó que la telesalud fue comparable a las atenciones presenciales en términos de satisfacción del paciente, la cual estuvo determinada por la presencia de problemas que experimentaron las personas durante su atención (36). En el presente estudio, las experiencias de los entrevistados estuvieron influenciadas por el balance que realizaron entre los factores que facilitaron y obstaculizaron sus atenciones o labores que, en cada caso, fue dinámico, complejo y contexto-dependiente.

Limitaciones

Se ha observado que en el estudio de la telesalud se han visto sobrerrepresentadas las percepciones, creencias y actitudes de los proveedores de salud (31,33,38,39), lo que podría evidenciar remanentes importantes que sitúan al usuario como un agente pasivo en lo que refiere a su salud (42-45). Para disminuir este sesgo, organizaciones académicas

tales como la Revista Médica Británica (BMJ), han recomendado hacer investigación involucrando directamente a las personas de la población objetivo en el diseño, ejecución, reporte y diseminación en los procesos de estudio (46). Para futuras investigaciones, se recomienda hacer uso de estrategias que contribuyen a una mayor participación de usuarios en la producción de conocimiento relacionado con el estudio de la telesalud. Para el presente estudio, estas estrategias pudieron haber ayudado a balancear de mejor manera el diseño, producción de datos y reporte de los resultados, ya que se observa una mayor presencia de las experiencias de los profesionales en el análisis. El equipo de investigación cree que las percepciones de los profesionales de la salud entrevistados se vieron más representadas durante el estudio por 1) la familiaridad que mantiene el equipo con las tareas que realizan los funcionarios de salud en atención primaria; 2) por el costo que tuvo para este grupo implementar estas estrategias y por la capacidad de estos para identificar las barreras y facilitadores que se hicieron presente en el proceso de diseño e implementación implicados en la entrega del servicio.

Una segunda limitación se relaciona con el periodo específico en que se realizó el estudio, siendo esta la pandemia por COVID-19. La investigación mantenía la complejidad de analizar una situación dinámica de forma que, entre su diseño, ejecución, análisis y publicación, nuevas tecnologías se desarrollaron e implementaron rápidamente, siendo necesario reevaluar las barreras y facilitadores emergentes para la atención de los usuarios. Por esto mismo, se recomienda revisar periódicamente cómo va evolucionando la telesalud en la atención primaria en Chile.

Es importante señalar que la muestra resultante se configuró principalmente por mujeres mayores de 18 años, siendo relevante seguir estudiando la experiencia de la población usuaria infanto-juvenil y sus familias, como también, de usuarios hombres y grupos minoritarios que son parte de la atención primaria. Por otro lado, incorporar otras prestaciones, profesionales y técnicos en salud ya que, en este caso, los funcionaron que participaron fueron médicos familiares en formación, enfermeros(ras) y matrones(nas).

Conclusiones

En general, convivieron experiencias positivas y desafiantes durante la implementación de las estrategias telefónicas durante la pandemia por COVID-19. Las atenciones telefónicas fueron valoradas positivamente conforme se cumplía una serie de criterios. En cada caso, las experiencias estuvieron determinadas e interrelacionadas con los facilitadores y obstaculizadores implicados al diseñar, implementar y participar en las atenciones telefónicas. Por otro lado, tanto los obstaculizadores y facilitadores fueron agrupados en categorías similares, relacionadas con factores comunitarios y coyunturales; tecnológicos y de infraestructura; institucionales; profesionales y técnicos. Se agregan además barreras asociadas a la modalidad de atención y facilitadores relativos a las relaciones interpersonales y de equipo. Los elementos identificados en el estudio constatan que el desarrollo de estrategias tecnológicas en salud debe reconocerse como un desafío que entrelaza múltiples niveles en las diferentes etapas de su despliegue, tales como de desarrollo social, sanitario, organizacional, profesional y tecnológico. De esta forma, los esfuerzos futuros deben abordar la implementación de la telesalud a través de un enfoque sistemático para que esta forme parte integral del sistema de salud, aprovechando el momento presente donde se derribaron significativas barreras a partir de la crisis sanitaria.

Agradecimientos

A todas las personas que participaron de esta investigación y que me permitieron comprender el rol de la tecnología en el cuidado de nuestra salud.

Conflictos de interés

Irina Betti es empleada por la Red Ancora UC.

Financiamiento

Proyecto de investigación sin financiamiento

Referencias

1. Chen ET. Considerations of Telemedicine in the Delivery of Modern Healthcare. *Am J Manag* [Internet]. 2017; 17(3): 20–8. Available from: <http://search.proquest.com.ezproxylocal.library.nova.edu/docview/1963800986?accountid=6579%0Ahttp://novacat.nova.edu:4550/resserv?genre=article&issn=21657998&title=American+Journal+of+Management&volume=17&issue=3&date=2017-09-01&atitle=Considerations+of+T>
2. Organización Mundial de la Salud. Monitoring and Evaluating Digital Health Interventions: A practical guide to conducting research and assessment [Internet]. 2016 [citado en marzo de 2022]. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252183>.
3. Fatehi F, Smith AC, Maeder A, Wade V, Gray LC. How to formulate research questions and design studies for telehealth assessment and evaluation. *Journal of Telemedicine and Telecare* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun]; 23(9): 759–63. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1357633X16673274>
4. Bashshur R, Howell J, Krupinski E, Harms K, Bashshur N, Doarn C. The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care. *Telemed Journal and e-Health* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun]; 22(5): 342–75. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4860623/>
5. Jansen-Kosterink S, Vollenbroek-Hutten M, Hermens H. A renewed framework for the evaluation of telemedicine. *eTelemed* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun]; 57–62. Available from: <https://www.zgt.nl/media/5907/renewed-framework-for-the-evaluation-of-telemedicine.pdf>
6. van Dyk L. A review of telehealth service implementation frameworks. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2014 [cited 2020 Jun]; 11(2): 1279–98. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3945538/>
7. Carpintero ERJ, Tavares EC, Souza DCN, Pereira AC, Figueiredo RR, Figueiredo RR, et al. Benefits in using the telehealth: a necessary reflection. *Latin American Journal of Telehealth*. 2016 [cited 2020 Jun]; 3(2): 175–82.
8. Lurie N, Carr BG. The role of telehealth in the medical response to disasters. *JAMA Internal Medicine* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun]; 178(6): 745–6. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2678828>
9. Latifi R, Tilley EH. Telemedicine for disaster management: can it transform chaos into an organized, structured care from the distance? [Internet]. Vol. 9, *American journal of disaster medicine*. 2014 [cited 2020 Jul 14]. p. 25–37. Available from:

<https://www.wmpllc.org/ojs/index.php/ajdm/article/view/1501>

10. Hollander J, Carr B. Virtually perfect? Telemedicine for Covid-19. *The New England Journal of Medicine* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 14]; 382(18): 1679–81. Available from: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2003539?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed
11. Latifi R, Doarn CR. Perspective on COVID-19: Finally, Telemedicine at Center Stage. *Telemedicine and e-Health* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 14]; 1–3. Available from: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/tmj.2020.0132?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed
12. Leite H, Hodgkinson IR, Gruber T. New development: ‘Healing at a distance’—telemedicine and COVID-19. *Public Money Manag* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 14]; 1–3. Available from: <https://doi.org/10.1080/09540962.2020.1748855>
13. Poppas A, Rumsfeld J, Wessler J. Telehealth is having a moment: Will it last? *Journal of the american college of cardiology* [Internet] 2020 [citado en junio 2020]; 75 (23); 1–13. Recuperado de <https://www.jacc.org/doi/epdf/10.1016/j.jacc.2020.05.002>.
14. AlDossary S, Martin-Khan MG, Bradford NK, Smith AC. A systematic review of the methodologies used to evaluate telemedicine service initiatives in hospital facilities. *International Journal of Medical Informatics* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 14]; 97: 171–94. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1386505616302271?via%3Dihub>
15. Ministerio de Salud. Recomendaciones generales para la organización de la atención en establecimientos de Atención Primaria de Salud en contexto de pandemia SARS-CoV-2. [Internet]. 2020 [citado en junio 2020]. Recuperado de: <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/03/RECOMENDACIONES-GENERALES-ESTABLECIMIENTOS-APS-V.6.pdf>
16. Hassibian M, Hassibian S. Telemedicine Acceptance and Implementacion in Developing Countries: Benefits, Categories, and Barriers. *Razavi International Journal of Medicine* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jul 14]; 4(3): 1–6. Available from: https://journal.razavihospital.ir/article_113509.html
17. Otto L, Harst L. Investigating barriers for the implementation of telemedicine initiatives: A systematic review of reviews. *25th Am Conf Inf Syst AMCIS 2019*. 2019;1–10.
18. Lau F, Kuziemy C., editors. *Handbook of eHealth Evaluation* [Internet]. British Columbia, Canada: University of Victoria [cited 2020 Jun]. 504 p. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK481590/pdf/Bookshelf_NBK481590.pdf

19. Arnold K, Scheibe M, Müller O, Schmitt J. Grundsätze für die Evaluation telemedizinischer Anwendungen – Ergebnisse eines systematischen Reviews und Konsens-Verfahrens. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun]; 117: 9–19. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1865921716300745>
20. Kidholm K, Clemensen J, Caffery LJ, Smith AC. The Model for Assessment of Telemedicine (MAST): A scoping review of empirical studies. *Journal of Telemedicine and Telecare* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun]; 23(9): 803–13. Available from: <https://doi.org/10.1177/1357633X17721815>
21. Vis C, Bührmann L, Riper H, Ossebaard HC. Health technology assessment frameworks for eHealth: A systematic review. *Internacional Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2020 [cited 2020 Jun]; 36; 2014-216. Available from: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/BD5492926EF87DF3A6ED45DAC5C36C60/S026646232000015Xa.pdf/health-technology-assessment-frameworks-for-ehealth-a-systematic-review.pdf>
22. Ekeland AG, Bowes A, Flottorp S. Methodologies for assessing telemedicine: A systematic review of reviews. *International Journal of Medical Informatics* [Internet]. 2012 [cited 2020 Jun]; 1-11. Available from: <https://www.digitalhealthnews.eu/images/stories/pdf/PIIS138650561100219X.pdf>
23. Rauwerdink A, Chavannes NH, Schijven MP. Needed: Evidence Based EHealth! *Clinical eHealth* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun]; 2: 1–2. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1386505619310421?via%3Dihub>
24. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it. *BMJ* [Internet]. 2013 Nov 20 [cited 2022 Jun 20]; 347(8):7 31–6. Available from: <https://www.bmj.com/content/347/bmj.f6753>
25. Booth A, Hannes K, Harden A, Noyes J, Harris J, Tong A. COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies). *Guidel Report Heal Res A User's Man* [Internet]. 2014 Aug 22 [cited 2022 Jun 20]; 214–26. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/9781118715598.ch21>
26. Red de Centros de Salud Ancora UC. Proyecto Unidad de Telesalud para los CESFAM Ancora UC: Un apoyo a la respuesta del Nivel Primario de Salud a la Pandemia COVID-19. 2020.
27. Aguilera X, Castillo C, Covarrubias T, Delgado I, Fuentes R, Gómez M, et al. Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno [Internet]. 2019. Available from: <https://medicina.udd.cl/files/2019/12/Estructura-y-funcionamiento-del-sistema-de-salud-chileno-2019.pdf>

28. Valenzuela V, Soto M, Betti I, Jara D, Valdebenito C, Arenas E, et al. Evaluación de un Call Center de orientación clínica durante los primeros meses de pandemia COVID-19: capacidad de resolución de los llamados. *Revista Medica de Chile* [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun].
29. Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud. Telemedicina durante la epidemia COVID-19 en Chile: Guía de Buenas Prácticas y Recomendaciones [Internet]. 2020 [citado en junio de 2020]. Recuperado de <https://cens.cl/guia-de-buenas-practicas-y-recomendaciones-en-telemedicina/>
30. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología De La Investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa Y Mixta. Ciudad de México (MX): Me G raw Hill 2018; 714 p.
31. Chang JE, Lai AY, Gupta A, Nguyen AM, Berry CA, Shelley DR. Rapid Transition to Telehealth and the Digital Divide: Implications for Primary Care Access and Equity in a Post-COVID Era. *Milbank Q* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2022 Jun 13]; 99(2): 340–68. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1468-0009.12509>
32. Houlding E, Mate KKV, Engler K, Ortiz-Paredes D, Pomey MP, Cox J, et al. Barriers to Use of Remote Monitoring Technologies Used to Support Patients With COVID-19: Rapid Review. *JMIR mHealth uHealth* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2022 Jun 13];9(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33769943/>
33. Odendaal WA, Anstey Watkins J, Leon N, Goudge J, Griffiths F, Tomlinson M, et al. Health workers' perceptions and experiences of using mHealth technologies to deliver primary healthcare services: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2020 Mar 26 [cited 2022 Jun 13]; 3(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32216074/>
34. Thiagarajan A, Grant C, Griffiths F, Atherton H. Exploring patients' and clinicians' experiences of video consultations in primary care: a systematic scoping review. *BJGP open* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 13]; 4(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32184212/>
35. Knierim K, Palmer C, Kramer ES, Rodriguez RS, Vanwyk J, Shmerling A, et al. Lessons Learned During COVID-19 That Can Move Telehealth in Primary Care Forward. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 Jun 13]; 34: S196–202. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33622838/>
36. Isautier MJM, Copp T, Ayre J, Cvejic E, Meyerowitz-Katz G, Batcup C, et al. People's Experiences and Satisfaction With Telehealth During the COVID-19 Pandemic in Australia: Cross-Sectional Survey Study. *J Med Internet Res* 2020; 22(12); e24531. Available from: <https://www.jmir.org/2020/12/e24531>

37. Orrange S, Patel A, Mack WJ, Cassetta J. Patient Satisfaction and Trust in Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Observational Study. *JMIR Hum factors* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2022 Jun 19]; 8(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33822736/>
38. Sullivan EE, Breton M, McKinstry D, Phillips RS. COVID-19's Perceived Impact on Primary Care in New England: A Qualitative Study. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2022 Jun 13]; 35(2): 265–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35379714/>
39. Jeffery Reeves J, Ayers JW, Longhurst CA. Telehealth in the COVID-19 Era: A Balancing Act to Avoid Harm. *J Med Internet Res* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 Jun 19];23(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33477104/>
40. Fisk M, Livingstone A, Pit SW. Telehealth in the Context of COVID-19: Changing Perspectives in Australia, the United Kingdom, and the United States. *J Med Internet Res* [Internet]. 2020 Jun 9 [cited 2022 Jun 13]; 22(6): e19264. Available from: <https://www.jmir.org/2020/6/e19264>
41. Gallardo-Zanetta AM, Franco-Vivanco PV, Urtubey X. Experiencia de pacientes con diabetes e hipertensión que participan en un Programa de Telemonitoreo en Chile. *CES Med* [Internet]. 2019 Feb 25 [cited 2022 Jun 19]; 33(1): 31–41. Available from: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/4399>
42. Snooks MK. Health psychology : biological, psychological, and sociocultural perspectives. 2009; 398.
44. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg* [Internet]. 2007 Feb [cited 2022 Jun 20];5(1):57–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17386916/>
45. Clinical Paternalistic Model and Problematic Situation: A Critical Evaluation of Clinical Counseling [Internet]. [cited 2022 Jun 20]. Available from: https://jhsss.sums.ac.ir/article_42754.html
46. The BMJ. Reporting patient and public involvement on research. 2018 [cited 2022 Jun]. Available from: https://www.bmj.com/sites/default/files/attachments/resources/2018/03/PPI_in_Research.pdf

ARTÍCULO 3: “Recomendaciones multisectoriales para un modelo híbrido de atención en atención primaria: la mirada de usuarios y profesionales de la salud en Chile.”

Resumen

Antecedentes: La incorporación de las Tecnologías de Información y las Comunicaciones se ha configurado como una oportunidad para innovar en la prestación de servicios de salud y en agilizar procesos sanitarios. Hoy son diversas las medidas adoptadas para prevenir la propagación de COVID-19, dando lugar a cambios significativos en la forma de acceder y proporcionar atención sanitaria, ofertando la telesalud como una alternativa de atención adicional a las prestaciones de salud. **Objetivo:** Identificar recomendaciones para la integración de la telesalud en atención primaria a partir de las experiencias de usuarios y profesionales de salud con atenciones telefónicas durante la pandemia por COVID-19 en Chile. **Materiales y método:** Estudio de diseño no experimental y transversal, de tipo descriptivo y con un enfoque metodológico cualitativo. Los datos se produjeron a partir de 20 entrevistas semi-estructuradas, 10 a usuarios y 10 profesionales de los Centros Ancora UC. **Resultados:** Se identificaron recomendaciones clave asociados al enfoque sanitario, gestión institucional, organización de los equipos de salud, difusión de servicios, condiciones habilitantes, recomendaciones tecnológicas y de formación para una integración e implementación exitosa de estrategias tecnológicas al modelo de atención en salud primaria. **Discusión:** La modernización de los servicios deben ser resultado de esfuerzos multisectoriales e intervenciones complejas que permitan un cambio sostenible en la provisión de servicios. Además, se deben integrar las experiencias de las personas que conforman el sistema sanitario en la generación de recomendaciones para el diseño e implementación de nuevas estrategias tecnológicas que fortalezcan el modelo de salud primaria.

Palabras clave: Atención primaria, telesalud, orientaciones, ciencias de la implementación, estudio cualitativo.

Introducción

La incorporación de las Tecnologías de Información y las Comunicaciones (TICs) se ha configurado como una oportunidad para innovar en la prestación de servicios de salud y para agilizar procesos sanitarios (1). Con las condiciones y recursos adecuados, la adopción de estas herramientas se relaciona con beneficios clínicos, mejoras en el sistema de salud y en el proceso de atención (2,3). Asimismo, los procesos tecnologizados pueden facilitar el acceso y cobertura, gestión, registro e intercambio de información (4); facilitar el diagnóstico, seguimiento y consulta a distancia, ofreciendo una respuesta rápida y oportuna a servicios inaccesibles por barreras geográficas, socioculturales y económicas (4–6).

Antes de la crisis sanitaria por COVID-19, la telesalud presentaba un escaso historial de ser adoptada en servicios de salud de rutina (7). Hoy son diversas las medidas adoptadas para prevenir la propagación de COVID-19, dando lugar a cambios significativos en la forma de acceder y proporcionar atención sanitaria, ofertando la telesalud como una alternativa de atención (8,9). Si se aprovecha de este impulso, sería posible incorporar estrategias valiosas para fortalecer el nivel primario de atención acorde al llamado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a modernizar los procesos asistenciales, según la cual, las TICs ofrecen oportunidades sin precedentes para acelerar la transformación de la Atención Primaria en Salud (APS) (10).

De acuerdo con la guía de la OMS (11) para evaluar y monitorear intervenciones digitales en salud, los resultados que emanan de la investigación de implementación tienen la capacidad de brindar información a las diferentes partes interesadas sobre los factores del proceso que influyen en la eficacia de la intervención. Es por esto que surge la necesidad de compartir recomendaciones y aprendizajes identificados a partir de un contexto específico de intervención para la integración de la telesalud en APS, las cuales contribuyan al éxito de su incorporación. A través de este estudio se pretende lograr el objetivo recogiendo las experiencias de usuarios y profesionales de salud en atenciones telefónicas durante la pandemia por COVID-19 en Chile. La integración y sistematización

de sus aprendizajes conducirá a nuevos diseños e implementaciones de mayor calidad, así como apoyar la sustentabilidad de un modelo híbrido de atención en APS, el cual se beneficia de la atención presencial y a distancia en los procesos de cuidado regular. Fortalecer este modelo permitirá reorganizar los sistemas actuales, conceptualizando la telesalud como una estrategia integrada al modelo de atención más allá de situaciones de emergencia (12), tal como ha sido la pandemia por COVID-19.

Material y método

El presente estudio adopta un diseño no experimental transversal de tipo descriptivo, con un enfoque metodológico cualitativo, que se basa en datos de un estudio cualitativo más amplio sobre las percepciones de los usuarios y equipos de salud sobre la telesalud en APS durante la pandemia por COVID-19³.

Este se situó en los Centros de Salud Familiar Ancora UC en la comuna de La Pintana y Puente Alto en Santiago de Chile, el cual fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (5 de noviembre, 2020) y por el Comité Ético Científico Ciencia de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile (sesión extraordinaria N°10, 30 de julio, 2020).

La selección de la muestra se realizó bajo criterio de muestreo intencionado ya que se buscó casos que aportaran información pertinente para el estudio. Se requería que los participantes fueran mayores de 18 años, con cobertura telefónica o acceso estable a internet y que contaran con algún dispositivo que posibilitara la comunicación. Los participantes debieron haber recibido o realizado una orientación o seguimiento telefónico

³ Otros dos artículos acompañan el estudio de las percepciones de los usuarios y profesionales que participaron de estas experiencias, los cuales se encuentran en desarrollo, enfocados en 1) los beneficios percibidos y 2) facilitadores, obstaculizadores y valoraciones que realizaron y percibieron los participantes sobre la implementación de las estrategias de atención telefónica en Ancora UC.

por COVID-19; u orientación clínica telefónica por otro motivo de salud (por ej., salud sexual y reproductiva, seguimiento de enfermedad crónica no transmisible).

A través de informantes clave de la Red Ancora se obtuvieron los contactos de 10 usuarios inscritos en los Centros que recibieron una atención telefónica entre mayo del 2020 y febrero del año 2021; además de recabar los contactos de 10 profesionales de la salud que participaron de las prestaciones telefónicas durante la crisis sanitaria entre mayo del 2020 y junio del 2021.

La invitación formal a participar del estudio se realizó a través de un contacto telefónico o mediante correo electrónico. En el caso interés se envió el consentimiento informado y coordinó la entrevista por teléfono o videollamada. La entrevista inició con la revisión de las características del estudio y, cuando aceptaba a participar, se grababa su consentimiento verbal (13).

La muestra resultante se constituyó de 10 usuarios inscritos en los Centros Ancora. Las prestaciones que obtuvieron fueron por motivo de orientación o seguimiento COVID-19 (N= 5), como también, orientaciones telefónicas por otros motivos de salud por personal de enfermería (N= 2) o matrona (N= 3). Más información en *tabla 1*.

Además, se entrevistó a 10 profesionales de la salud pertenecientes a los Centros Ancora. Más información en *tabla 2*.

Tabla 1. Información descriptiva de los usuarios entrevistados

ID de entrevista	Edad	Género	Centro de Salud	Tipo de prestación recibida	Ocupación	Nivel educativo	Tiempo de traslado (min)*
E1	30	M	Centro 1	Call Center COVID-19, Seguimiento COVID-19	Educadora	Enseñanza superior completa	20
E2	62	M	Centro 1	Call Center COVID-19, Seguimiento COVID-19	Cuidadora informal de personas mayores, jefa de hogar	Enseñanza media completa	5
E3	57	H	Centro 2	Call Center COVID-19	Trabajador de supermercado	Enseñanza media completa	20
E4	53	M	Centro 2	Call Center COVID-19	Jefa de hogar	Enseñanza media completa	15
E5	25	M	Centro 3	Orientación Clínica Matrona	Administrativa	Enseñanza media completa	20
E6	54	M	Centro 3	Orientación Clínica Matrona	Administrativa	Técnico superior completa	45
E7	20	M	Centro 3	Orientación Clínica Matrona	Estudiante	Técnico superior incompleta	10
E8	52	M	Centro 1	Call Center COVID-19, Seguimiento COVID-19	Bibliotecaria, comerciante independiente	Enseñanza media completa	15
E9	61	M	Centro 2	Orientación Clínica Enfermera	Jubilada, comerciante independiente	Enseñanza media completa	30
E10	79	M	Centro 1	Orientación Clínica Enfermera	Jubilada, jefa de hogar	Enseñanza media incompleta	15

* Tiempo de traslado en minutos entre el centro de salud en el que el usuario se encuentra inscrito y su residencia

Tabla 2. Descripción de los profesionales de la salud entrevistados

ID de entrevista	Edad	Género	Disciplina	Centro de Salud	Prestaciones telefónicas realizadas	Tiempo realizando prestaciones
E11	36	M	Medicina Familiar	Centro 3	Orientación Clínica COVID-19	7 meses
E12	29	M	Medicina Familiar	Centro 2	Orientación Clínica COVID-19	5 meses
E13	29	M	Medicina Familiar	Centro 1	Orientación Clínica COVID-19	4 meses
E14	32	M	Medicina Familiar	Centro 2	Orientación Clínica COVID-19	7 meses
E15	33	M	Medicina Familiar	Centro 2	Orientación Clínica COVID-19	5 meses
E16	27	M	Medicina Familiar	Centro 1	Orientación Clínica COVID-19	5 meses
E17	30	M	Medicina Familiar	Centro 1	Seguimiento COVID-19, MACEP	5 meses
E18	29	H	Enfermería	Centro 1	Seguimiento COVID-19, MACEP	13 meses
E19	29	M	Enfermería	Centro 1	Seguimiento COVID-19, MACEP	7 meses
E20	30	M	Enfermería	Centro 1	Orientación Clínica COVID-19, MACEP	12 meses

Notas:

MACEP= Modelo de Atención Centrada en la Persona

La estrategia de producción de datos se basó en entrevistas semi-estructuradas, las cuales se guiaron por dos pautas de preguntas, una dirigida a usuarios y otra para profesionales. Los tópicos que guiaron las entrevistas fueron sus experiencias con el uso de la telefonía en las atenciones de salud y la integración de la telesalud en la atención habitual en Ancora UC.

Las entrevistas fueron grabadas con un dispositivo de grabación de audio y fueron llevadas a cabo por la investigadora principal. Sus transcripciones fueron realizadas por esta última y un tercero, resguardando la confidencialidad anonimizando los datos. El proceso general de análisis de datos se basó en la teoría fundamentada (14), a través de un proceso inductivo y bajo una codificación abierta para generar unidades y categorías a partir de los datos (14). Los resultados fueron analizados por las autoras, identificando ideas claves y citas representativas para ilustrar los resultados. En el proceso sistematización se contó con la ayuda del programa computacional Atlas.ti ®.

Resultados

Para una implementación exitosa de estrategias de atención basadas en las tecnologías de la información se recomendó revisar elementos asociados al enfoque asistencial en el sistema sanitario, gestión institucional, organización de los equipos de salud, difusión de servicios, condiciones habilitantes, recomendaciones tecnológicas y de formación:

Sistema sanitario. Los profesionales sugirieron revisar los enfoques de intervención en los modelos actuales de atención en el Sistema de Salud, el cual reconozca y permita implementar un modelo híbrido de atención que combine la atención presencial y remota:

“La verdad me ha costado mucho porque somos muy asistenciales, es como que tienes que venir y cubrir esa demanda (...). Por ejemplo, yo fui a hablar directamente con los jefes de equipo y les pedí que no me sacaran horas de telesalud de las agendas de las enfermeras porque para mí eran importantes para poder hacer rescate a los

pacientes adultos.” (Enfermera, orientación telefónica COVID-19 y para otros motivos de salud).

Los equipos de salud esperan que el respaldo y reconocimiento ministerial sobre la telesalud resulte en una secuencia de cambios que progrese en diferentes niveles, tales como a través de orientaciones programáticas y apoyo financiero:

“Esta necesidad tiene que ser visibilizada desde arriba y de ahí ir escalando e ir bajando. Yo creo que el Ministerio [de Salud] debe armar un proyecto grande en el que de verdad la telemedicina sea vista como un pilar fundamental, para descongestionar el sistema y ser mucho más resolutivos con las listas de espera, con muchos pacientes que de verdad no necesitan estar yendo presencialmente tan seguido al CESFAM.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19)

Por otra parte, tanto usuarios como profesionales recomendaron fortalecer la humanización en el cuidado de la salud a lo largo de los diferentes dispositivos sanitarios, centrando la atención en la persona, comprensión, empatía y escucha:

"Las veces que me tocó a mí, por el tema de mi hija, estar más al teléfono, que no la vieran solo como un número más, como una más que se contagió, sino como una niña, con toda la carga emocional que eso significó.” (Mujer, 52 años, orientación y seguimiento telefónico por COVID-19).

En la *tabla 3* se presentan orientaciones para una atención humanizada para organizaciones sanitarias, profesionales de la salud y usuarios según lo identificado en el estudio y recomendado por ambos grupos de entrevistados:

Tabla 3. Orientaciones para una atención humanizada

Orientaciones para una atención humanizada dirigidas a las organizaciones de salud 1. Atención centrada en la persona más que su enfermedad o situación de discapacidad 2. Reconocer derechos y deberes de las personas 3. Mantener una adecuada coordinación intersectorial 4. Honestidad y transparencia sobre la gestión del sistema de salud 5. Respetar plazos establecidos en los procesos de atención 6. Establecer un tiempo suficiente para realizar una atención de salud que cubra las necesidades del usuario o favorezca el cumplimiento de los objetivos propuestos 7. Facilitar el acceso, vincular, derivar y orientar sobre otras prestaciones
Orientaciones para una atención humanizada dirigidas a los profesionales de salud 1. Encuadrar atenciones e informar sobre el funcionamiento de las prestaciones 2. Acoger de inquietudes e identificación de motivo de consulta 3. Definir de forma conjunta los objetivos para el proceso de atención 4. Mantener actitud comprensiva sobre la situación psicosocial 5. Integrar y promover la participación de la familia en el diagnóstico y tratamiento 6. Mantener actitud de escucha, neutralidad y empatía 7. Profundizar en síntomas que permita comprensión y cierre sobre la situación de salud 8. Buen trato, calidez, cercanía y amabilidad 9. Honestidad y transparencia 10. Atención a través de pequeños gestos 11. Compartir información de calidad a través de lenguaje sencillo y claro 12. Respetar duración esperada de la atención o lograr extensión adecuada para el usuario 13. Disminuir la interferencia de registrar en la ficha clínica electrónica durante la atención
Orientaciones para una atención humanizada dirigidas a los usuarios 1. Reconocimiento del clínico como persona 2. Reciprocidad en la relación y comprensión de aprendizaje mutuo 3. Buen trato, amabilidad y comprensión 4. Honestidad y transparencia sobre signos y síntomas

Gestión institucional. Los profesionales recomendaron que la integración del modelo híbrido de atención se base en las necesidades de la población inscrita; actividad clínica diversa sustentada en evidencia y experiencia previa; apoyada en flujos para la gestión de situaciones difíciles; y priorización de atenciones con el objetivo de mejorar la entrega de servicios y cobertura en la población:

“A mí me encanta todo lo que pueda ser un poco más diverso. Si mi agenda es en parte presencial, en parte gestión, en parte distancia, en parte visita domiciliaria, uno puede hacer un montón de más cosas que si me ponen las 33 horas a atender. (...) De aquí en adelante el desafío es meterle cerebro organizacional a esto para poder ampliarlo al resto de atenciones del centro, pues ya tenemos la experiencia de un Call Center y de telemedicina.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19)

En segundo lugar, los equipos clínicos identificaron la relevancia de desarrollar protocolos que permitan garantizar la calidad de las atenciones siendo lo más equivalente a lo presencial y permitan definir la modalidad de la atención, apoyándose en rendimientos y flujos existentes:

“En verdad tiene que ser lo más parecido a lo presencial, con la estructura y rendimiento que uno tiene en lo presencial, pero saltándonos ciertas cosas como el examen físico, así se le hace más completo para el paciente y podemos hacer un control más integral.” (Médico familiar, seguimiento telefónico por COVID-19)

Tanto usuarios como profesionales señalaron criterios para definir la modalidad de atención de salud (*tabla 4*) y ejemplos de prestaciones que se pueden realizar a través de la modalidad presencial y a distancia (*tabla 5*).

Tabla 4. Criterios para definir la modalidad de atención

Criterios para definir la modalidad de atención: 1. ¿Con qué infraestructura y accesibilidad tecnológica cuenta el usuario y el prestador? 2. ¿Cuál es el nivel de alfabetización digital del usuario y el prestador? 3. ¿Cuáles son los objetivos de la atención? 4. ¿El usuario se beneficiaría más de una atención remota o presencial? 5. ¿El usuario y prestador consienten a la modalidad de atención propuesta? 6. ¿Se puede realizar la atención directamente con el usuario y no mediante un tercero que no se encuentre con este?	
--	--

Tabla 5. Ejemplos de prestaciones de salud según modalidad de atención

Modalidad de atención	Ejemplos de prestaciones
Atención presencial	Examen físico, procedimientos médicos y toma de muestras, atenciones de urgencia, primera evaluación, comunicar noticias difíciles, trabajar sobre temáticas sensibles, inaugurar nuevas relaciones entre clínicos y usuarios, ingreso a prestaciones de salud mental, primera atención con adolescente, control de salud integral de adolescentes, consejería en salud sexual y reproductiva.
Contacto telefónico	Seguimiento telefónico, revisión de exámenes, revisión de recetas y respuesta a medicamentos, pesquisa, triage y priorización de atenciones.
Atención por videollamada	Consulta o control intermedio, seguimiento, evaluación integral (ej. observación de dinámicas familiares) y consejería familiar, revisión de exámenes, revisión de recetas y respuesta a medicamentos, pesquisa, triage y priorización de atenciones, inaugurar relación.

Tercero, para la inclusión exitosa del modelo híbrido, los equipos recomendaron generar respuestas rápidas que se ajusten al dinamismo sanitario y sociocultural, orientaciones organizacionales que prevean situaciones de emergencia, hacer mayor uso de las redes institucionales, reconocer el trabajo en casa y se codiseñar las estrategias

tecnológicas con las personas involucradas para su mejora continua, entre ellas, con los equipos clínicos que estarán realizando las atenciones a distancia, las personas que se beneficiarán de las atenciones y coordinadores de proyecto, entre otros.

Organización de los equipos de salud. Los profesionales sugirieron conservar la figura de supervisor operacional y clínico en la implementación de estrategias que consoliden atenciones a distancia, ya sea telefónicas o por videollamada; mantener una comunicación directa entre el equipo informático, administrativo y clínico; y orientar y gestionar la solución de llamadas no protocolizadas:

“Para mí lo esencial es que haya un flujograma claro a qué atenerse, de qué es lo que tienes que hacer y a quién puedes acudir por ayuda. Porque los problemas de todos los pacientes son diferentes, entonces van a haber situaciones que claramente con los flujogramas se te van a escapar estos pacientes y vas a necesitar ayuda de algún otro tipo. Entonces tener bien claro a quién poder acudir ante esas ayudas, en este caso un líder a quien acudir.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19)

Difusión de servicios. Usuarios y profesionales señalaron difundir los servicios a distancia disponibles, en particular a aquellos que viven lejos o presentan movilidad física limitada, compartiendo información sobre el sistema de atención y cambios en este a través de diversos canales. Por ejemplo, difusión sobre las nuevas modalidades de atención integradas, sus beneficios, vías de acceso, experiencias, resultados y logros que permitan mejorar la confianza en la organización.

Por otro lado, proveedores de la salud recomendaron informar a los equipos el funcionamiento de las estrategias tecnológicas para una adecuada implementación:

“Yo creo que de repente pasa que si los equipos no están bien alineados o informados a veces hay algunos errores. Nosotros ahora que estamos presenciales tenemos algunas horas telefónicas y nos ha pasado que nos han agendado cosas que son necesarias ver presencial.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19)

Asimismo, los equipos clínicos deben comunicar a los usuarios cómo se configura su proceso de atención, explicando qué tipos de citas son adecuadas para atención presencial o a distancia y establecer expectativas claras al programar las citas. Para que el proceso de atención encuentre sentido se debe encuadrar la atención, su objetivo, duración y alcance de la modalidad:

“Uno tiene que dar más contextualización y también encuadrar bien de qué se trata la consulta a distancia, establecer cuál es el límite de lo que se puede hacer por teleconsulta.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19)

Condiciones habilitantes. Los profesionales identificaron que se requiere un mínimo de habilitantes para que los equipos puedan realizar atenciones a distancia, por ejemplo, proveedores y usuarios deben contar con un espacio lo suficientemente privado y tranquilo para resguardar la atención. Además, recomendaron establecer un sistema tecnológico centralizado que le permita a los funcionarios realizar atenciones a distancia, ya que los sistemas fragmentados dificultan la llegada a los usuarios. Asimismo, sugirieron contar con canales formales para envío, recepción de documentos y enviar material de apoyo:

“Es mucho mejor tener una plataforma, que se estén estableciendo canales de comunicación más formales o estandarizados, que como cuando partimos que era como en verdad de acuerdo con lo que uno iba pudiendo hacer.” (Enfermero, seguimiento telefónico COVID-19)

Tecnológicas. En relación con las plataformas telefónicas y de registro electrónico, los equipos de salud señalaron que estas sean lo suficientemente interoperables con otros sistemas; posibiliten la vinculación de la información; alerten incidencias (por ej., desconexión a red); guarden un borrador de registro para evitar pérdida de datos; y permitan enviar información de forma segura, confidencial y óptima:

“Es una lata tener que hacer el doble registro, esto de tener el [nombre sistema RCE] y luego [nombre sistema telefónico], ojalá fuera un sistema que conversaran, eso creo que sería útil... porque siempre cuando hay que hacer dobles cosas uno pierde tiempo y se equivoca, y algo siempre se te olvida. También sería una buena idea una

plataforma que te permitiera mandar la información de vuelta a los pacientes de una forma óptima y confidencial, como los informes médicos.” (Médico familiar, orientación telefónica por COVID-19)

Por otro lado, los proveedores recomendaron evaluar las intervenciones tecnológicas implementadas, recoger la experiencia usuaria y de funcionarios, integrar y compartir los aprendizajes, generar estrategias de mejora y proveer feedback a los equipos clínicos sobre el trabajo realizado:

“Sería muy interesante ver cómo ella [la paciente] vio lo que nosotros hicimos, qué sirve y qué falta.” (Enfermera, orientación telefónica por COVID-19 y por otros motivos).

Formación. Para el desempeño y desarrollo profesional, los profesionales de la salud indicaron potenciar habilidades transversales para una atención de salud, entre ellas: fortalecer habilidades comunicacionales, con énfasis en el lenguaje no verbal y paralingüística, expresión y capacidad comunicativa del proveedor; fortalecer la capacidad de escucha y apoyo que percibe el usuario; mejorar la realización de la entrevista clínica y encuadre de la atención; y desarrollar habilidades para la comunicación de noticias difíciles, manteniendo la calidez, neutralidad y empatía. El desarrollo de estas habilidades es especialmente importante en los casos que no se encuentren integradas en la formación profesional o fortalecidas durante su trayectoria laboral. Más información en *tabla 6*.

Asimismo, recomendaron instalar mayores herramientas psicosociales en los equipos de salud, capacitar en primera ayuda psicológica, acompañamiento, evaluación integral y reforzar el modelo de atención centrada en la persona.

Sobre la posibilidad de formarse en atenciones a distancia, los profesionales sugirieron que se formalizaran sus conocimientos tecnológicos para el uso óptimo de plataformas y sobre la provisión de servicios por teleconsulta que complementan los servicios una vez definido el flujo de atención, integrando aspectos éticos y manejo de situaciones difíciles a distancia.

Tabla 6. Habilidades transversales para una atención en salud independiente de su modalidad de atención

Habilidades transversales para una atención en salud independiente de su modalidad de atención:	
1.	Habilidades comunicacionales: a. Lenguaje no verbal y paralingüística b. Expresión y capacidad comunicativa del proveedor c. Capacidad de escucha y apoyo que percibe el usuario d. Entrevista clínica y encuadre de la atención e. Habilidades para la comunicación de noticias difíciles f. Comunicación bidireccional durante la atención g. Comunicación entre los equipos que pertenecen a la organización
2.	Habilidades tecnológicas a. Cómo hacer uso eficiente de registro clínico electrónico b. Cómo hacer uso óptimo de otras plataformas electrónicas para la gestión de la atención
3.	Estrategias y herramientas psicosociales a. Primera ayuda psicológica b. Evaluación integral

Discusión

Los resultados de este estudio identificaron recomendaciones clave asociados a 1) el enfoque asistencial en el sistema sanitario, 2) gestión institucional, 3) organización de los equipos de salud, 4) difusión de servicios, 5) condiciones habilitantes, 6) recomendaciones tecnológicas y 7) de formación para una integración e implementación exitosa de estrategias basadas en las TICs al modelo de atención en salud primaria. Los hallazgos sugieren que tanto formuladores de políticas públicas, organismos públicos, establecimientos sanitarios y equipos de salud poseen responsabilidades en mejorar el funcionamiento habitual a través de la integración de herramientas como lo es la telesalud a los modelos ya existentes en la atención primaria. Tal como reporta Albahri y equipo

(15), la modernización de los servicios deben ser resultado de esfuerzos multisectoriales e intervenciones complejas que permitan un cambio sostenible en la provisión de servicios.

Estos lineamientos reconocen que la integración de la telesalud es contexto-dependiente (16–18), por lo que se deben considerar con cautela las recomendaciones presentadas para otros niveles de atención, ya sean ambulatorios como hospitalarios. De esta forma, se sugiere que se estudien referencias cercanas al contexto de intervención lo con el fin de comprender e implementar de mejor manera su servicio en torno a las necesidades locales y específicas de su contexto (7,19).

La fortaleza que presentan estas recomendaciones es su sustento en la práctica cotidiana y experiencias de usuarios y profesionales durante la crisis sanitaria. A su vez, ella significa una limitante en tanto no se integran protocolos y guías emanadas de organizaciones reguladoras o como resultado de una revisión científica aplicada al contexto nacional. Sin embargo, sistematizar y compartir las recomendaciones programáticas y de implementación que ofrecen trabajadores de la salud y usuarios para mejorar las intervenciones sanitarias permite satisfacer la necesidad de información de quienes buscan evidencia sustentada en la experiencia subjetiva de las personas que participan en este tipo de intervenciones (17,18,20). De esta forma, se comparten buenas prácticas que contribuyen a formar un entorno dispuesto para la adopción y ampliación de la telesalud (20,21).

En conclusión, generar recomendaciones para la integración de la telesalud basada en las experiencias de distintos actores que conforman el sistema sanitario es fundamental para el diseño e implementación exitosa de nuevas estrategias tecnológicas que permitan adaptar y fortalecer el modelo de salud primaria. Investigaciones futuras deben estudiar las experiencias de agentes claves, tales como usuarios que hacen uso de las prestaciones, potenciales beneficiarios y ejecutores como una forma de nutrir marcos regulatorios y facilitar la integración de innovaciones tecnológicas durante todo su proceso de intervención y desarrollo. Esta temática debe seguir siendo estudiada para orientar

adecuadamente la integración e inversión en las tecnologías en salud en el sistema sanitario.

Referencias

1. Bermúdez L, Sanchez G, González-Zabala M. Analyzing e-Health evaluation processes. *Ingenieare* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jul 14];(19): 59–79. Available from:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj84LL9_8T4AhUTCrkGHUx4CegQFnoEACAcQAQ&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F5662376.pdf&usg=AOvVaw37xoXLpNuVq2quoQibJapc
2. Di Cerbo A, Morales-Medina JC, Palmieri B, Iannitti T. Narrative review of telemedicine consultation in medical practice. *Patient Preference and Adherence* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jul 14]; 9: 65–75. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4298290/>
3. Lau F, Kuziemy C., editors. *Handbook of eHealth Evaluation* [Internet]. British Columbia, Canada: University of Victoria [cited 2020 Jun]. 504 p. Available from:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK481590/pdf/Bookshelf_NBK481590.pdf
4. Rashvand H, Hsiao K-F. *Telemedicine and Electronic Medicine* [Intranet]. Boca Raton (USA): CRC Press; 2018. Chapter Integrating Telemedicine and Telehealth: Advancing Health at a Distance; [cited 2020 Jun]. p. 3–32. Available from
<https://www.taylorfrancis.com/books/edit/10.1201/9781351229067/telemedicine-electronic-medicine-halit-eren-john-webster>
5. Carpintero ERJ, Tavares EC, Souza DCN, Pereira AC, Figueiredo RR, Figueiredo RR, et al. Benefits in using the telehealth: a necessary reflection. *Latin American*

Journal of Telehealth. 2016 [cited 2020 Jun]; 3(2): 175–82.

6. Cohen AB, Mathews SC, Dorsey ER, Bates DW, Safavi K. Direct-to-consumer digital health. Lancet Digital Health [Intranet]. 2020 [cited 2020 Jun]; 2(4): e163–5. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(20\)30057-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(20)30057-1/fulltext)
7. AlDossary S, Martin-Khan MG, Bradford NK, Smith AC. A systematic review of the methodologies used to evaluate telemedicine service initiatives in hospital facilities. International Journal of Medical Informatics [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 14]; 97: 171–94. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1386505616302271?via%3Dihub>
8. Latifi R, Doarn CR. Perspective on COVID-19: Finally, Telemedicine at Center Stage. Telemedicine and e-Health [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 14]; 1–3. Available from: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/tmj.2020.0132?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed
9. Poppas A, Rumsfeld J, Wessler J. Telehealth is having a moment: Will it last? Journal of the american college of cardiology [Internet] 2020 [citado en junio 2020]; 75 (23); 1–13. Recuperado de <https://www.jacc.org/doi/epdf/10.1016/j.jacc.2020.05.002>.
10. Organización Mundial de la Salud. Más necesaria que nunca: La atención primaria de salud [Internet]. 2008 [citado en mayo 2022]. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732_spa.pdf?sequence=1
11. Organización Mundial de la Salud. Monitoring and Evaluating Digital Health Interventions: A practical guide to conducting research and assessment [Internet].

2016 [citado en marzo de 2022]. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252183>

12. Fisk M, Livingstone A, Pit SW. Telehealth in the Context of COVID-19: Changing Perspectives in Australia, the United Kingdom, and the United States. *J Med Internet Res* [Internet]. 2020 Jun 9 [cited 2022 Jun 13]; 22(6): e19264. Available from: <https://www.jmir.org/2020/6/e19264>
13. Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud. Telemedicina durante la epidemia COVID-19 en Chile: Guía de Buenas Prácticas y Recomendaciones [Internet]. 2020 [citado en junio de 2020]. Recuperado de <https://cens.cl/guia-de-buenas-practicas-y-recomendaciones-en-telemedicina/>
14. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología De La Investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa Y Mixta. Ciudad de México (MX): Me G raw Hill 2018; 714 p.
15. Albahri AS, Zaidan AA, Albahri OS, Zaidan BB, Alsalem MA. Real-Time Fault-Tolerant mHealth System: Comprehensive Review of Healthcare Services, Opens Issues, Challenges and Methodological Aspects. *Journal of Medical Systems*. 2018 [cited 2022 Jun]; 42(8). Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10916-018-0983-9>
16. Thiagarajan A, Grant C, Griffiths F, Atherton H. Exploring patients' and clinicians' experiences of video consultations in primary care: a systematic scoping review. *BJGP open* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 13];4(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32184212/>
17. Beattie M, Morrison C, MacGilleathain R, Gray N, Anderson J. Near Me at Home: codesigning the use of video consultations for outpatient appointments in patients' homes. *BMJ Open Quality* [Internet]. 2020 Aug 27 [cited 2022 Jun 13]; 9(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32855158/>

18. Odendaal WA, Anstey Watkins J, Leon N, Goudge J, Griffiths F, Tomlinson M, et al. Health workers' perceptions and experiences of using mHealth technologies to deliver primary healthcare services: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2020 Mar 26 [cited 2022 Jun 13]; 3(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32216074/>

19. Lau F, Kuziemsky C. *Handbook of eHealth Evaluation*: [Internet]. 2016. 504 p. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK481590/pdf/Bookshelf_NBK481590.pdf

20. Knierim K, Palmer C, Kramer ES, Rodriguez RS, Vanwyk J, Shmerling A, et al. Lessons Learned During COVID-19 That Can Move Telehealth in Primary Care Forward. *Journal of the American Board of Family Medicine* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 Jun 13]; 34(Suppl): S196–202. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33622838/>

21. Golinelli D, Boetto E, Carullo G, Nuzzolese AG, Landini MP, Fantini MP. Adoption of Digital Technologies in Health Care During the COVID-19 Pandemic: Systematic Review of Early Scientific Literature. *Journal of Medical Internet Research* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2022 Jun 13]; 22(11). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33079693/>

BIBLIOGRAFÍA

- Bashshur, R., Howell, J., Krupinski, E., Harms, K., Bashshur, N., & Doarn, C. (2016). The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care. *Telemedicine and E-Health*, 22(5), 342–375. <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0045>
- Fatehi, F., Smith, A. C., Maeder, A., Wade, V., & Gray, L. C. (2017). How to formulate research questions and design studies for telehealth assessment and evaluation. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23(9), 759–763. <https://doi.org/10.1177/1357633X16673274>
- Gattini, C. (2019). Panorama y desafíos del sistema de salud de Chile. Recuperado de https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2022/04/Desafos_Sistema_Salud_Chile_Resumen_CG2612.pdf
- Herández-Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista. P. (2014). *Metodologías de la investigación*. (6ª ed). Ciudad de México, México: McGraw Hill.
- Herández-Sampieri, R. & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill.
- Jansen-Kosterink, S., Vollenbroek-Hutten, M., & Hermens, H. (2016). A renewed framework for the evaluation of telemedicine. *ETELEMED 2016: The Eighth International Conference on EHealth, Telemedicine, and Social Medicine, April*, 57–62.
- Silsand, L., Severinsen, G. H. & Berntsen, G. (2021). Preservation of Person-Centered care through videoconferencing for patient follow-up during the COVID-19 pandemic: case study of a multidisciplinary care team. *JMIR formative research*, 5(3), e25220.

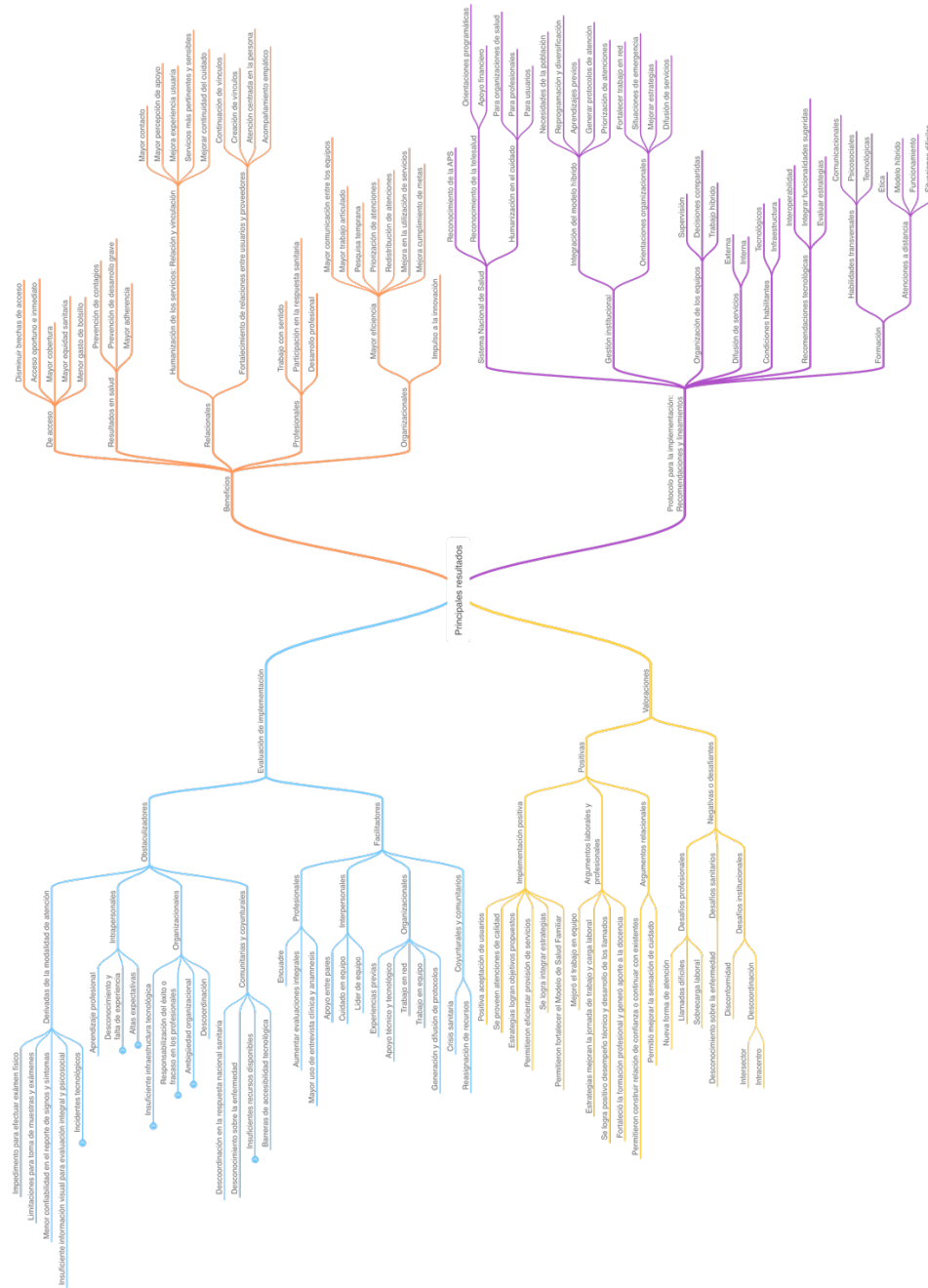
Organización Mundial de la Salud. (2008). La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732_spa.pdf?sequence=1

Püschel, K., Téllez, A., Montero, J., Brunner, A., Peñaloza, B., Rojas, M., Poblete, F. & Pantoja, T. (2013). Hacia un nuevo modelo de atención primaria en salud: Evaluación del proyecto de salud familiar Ancora UC. *Estudios Públicos*, 130, 23-52.

van Dyk, L. (2014). A review of telehealth service implementation frameworks. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(2), 1279–1298. <https://doi.org/10.3390/ijerph110201279>

Anexo 1. Esquema de resultados



Anexo 2. Guion de invitación telefónica para estudio.

GUIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

VÍA TELEFÓNICA

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr./Sra. Buenos Días,

Soy Irina Betti Cortés, Estudiante de Magíster en Psicología de la Salud y pertenezco a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Lo/la estoy llamando porque usted ha recibido/realizado atenciones telefónicas de los Centros de Salud ANCORA UC durante la pandemia por COVID-19.

Para el equipo de investigación es muy importante contar con la grabación del proceso a partir de este momento...

¿Estaría usted interesado/interesada en participar y grabar el momento del asentimiento?

[NO] Muchas gracias por su tiempo.
[SI] Muchas gracias por desear participar.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de aceptar participar en una entrevista por video llamada o telefónica que forma parte de una investigación en salud dirigida por Irina Betti Cortés cuyo título es: "Percepción del usuario y de los equipos de salud: Evaluación de implementación de la atención basada en telesalud durante la pandemia por COVID-19 en ANCORA UC, un estudio cualitativo".

El objetivo de esta investigación es describir y analizar la percepción de usuarios y equipos de salud sobre la atención basada en telesalud durante la respuesta ANCORA UC durante la pandemia por COVID-19.

Si acepta participar, se le pedirá responder de manera individual, por medio de la plataforma Zoom, Google Meet o por teléfono, una entrevista semi-estructurada, lo que le tomará alrededor de 30 a 45 minutos. Este encuentro por video llamada o telefónico abordará su experiencia con las atenciones telefónicas de los Centros de Salud ANCORA UC durante la pandemia por COVID-19 con el fin de analizar cómo se han implementado estas llamadas.

Cabe señalar que el encuentro por video llamada o telefónico será grabado.

Su participación en esta investigación no tiene riesgos. En el caso de que alguna de las preguntas le produzca incomodidad, usted puede dejar de responder en cualquier momento.

Su participación en esta investigación no contempla beneficios personales directos y no hay riesgos por participar. En el caso de que alguna de las preguntas le produzca incomodidad, usted puede dejar de responder la entrevista en cualquier momento.



Es importante que usted sepa que se guardará confidencialidad de sus datos. Toda la información que usted entregue será usada exclusivamente para los propósitos de esta investigación.

Los resultados obtenidos podrían ser publicados en revistas académicas o libros y/o ser presentados en conferencias, sin embargo, su identidad de los participantes no será revelada.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene derecho a no aceptar participar y terminar su participación en cualquier momento, sin mediar explicación, y sin consecuencia para usted, con solo finalizar este llamado.

Si tiene preguntas acerca de esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable Irina Betti Cortés, Teléfono +56974990491; correo electrónico: iabetti@uc.cl. (esta parte debe señalarse lentamente y ofrecer al participante la opción de tomar nota)

Esta investigación ha sido revisada y aprobada por el Comité Ético Científico de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile, por lo que si usted tiene alguna duda, pregunta o reclamo, o si considera que sus derechos no han sido respetados, puede contactar al CEC-Salud UC al mail: eticadeinvestigacion@uc.cl al teléfono 223542397-223548173.

A continuación, me podría indicar por favor su interés en participar o no en esta investigación.

Nota: si usted responde “Sí”, se entiende que ha consentido participar en la investigación, y se procederá a coordinar la entrevista. Por el contrario, si responde “No”, le agradeceremos su tiempo, y daremos por finalizada la llamada.

Sí, acepto participar _____

NO, no acepto participar _____

Si usted accede a participar, le solicito por favor que siga conectado conmigo y me indique si podemos realizar la entrevista inmediatamente preferentemente por video llamada (o telefónicamente) o coordinamos para realizarla en los próximos días.

Asimismo, ¿me puede señalar su correo electrónico para enviarle el consentimiento informado y la invitación o enlace para poder realizar la entrevista?



Anexo 3. Modelo de consentimiento informado para entrevista.

GUIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO Y PARTICIPACIÓN EN ESTUDIOS ONLINE

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO Y CONSENTIMIENTO

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no en una **entrevista semi-estructurada en línea** (entrevista por video llamada o telefónica) que forma parte de una investigación científica dirigida por Irina Betti Cortés cuyo título es “Percepción del usuario y de los equipos de salud: Evaluación de implementación de la atención basada en telesalud durante la pandemia por COVID-19 en ANCORA UC, un estudio cualitativo”.

El objetivo de esta investigación es describir y analizar la percepción de usuarios y equipos de salud sobre la atención basada en telesalud durante la respuesta ANCORA UC durante la pandemia por COVID-19. Usted ha sido invitado a este estudio por haber participado en una atención basada en telesalud del proyecto de Telesalud UC durante la crisis sanitaria.

Si usted acepta participar, deberá responder de manera individual aproximadamente 15 preguntas, lo que le tomará aproximadamente 45 minutos. Estas preguntas tratan temas relacionados con su experiencia con las atenciones telefónicas con el fin de poder analizar cómo se han implementado estas llamadas. Asimismo, la entrevista será grabada en audio y/o video, para su posterior transcripción y análisis.

Su participación en esta investigación no contempla beneficios personales directos y no hay riesgos por participar. En el caso de que alguna de las preguntas le produzca incomodidad, usted puede dejar de responder el cuestionario en cualquier momento.

Es importante que usted sepa que se guardará confidencialidad de sus datos. Toda la información que usted entregue será usada exclusivamente para los propósitos de esta investigación.

Los resultados obtenidos podrían ser publicados en revistas académicas o libros y/o ser presentados en conferencias, sin embargo, su identidad de los participantes no será revelada.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene derecho a no aceptar participar y terminar su participación en cualquier momento, sin mediar explicación y sin consecuencia para usted, con solo cerrar esta página.

Si tiene preguntas acerca de esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable Irina Betti Cortés, Teléfono +56974990491; correo electrónico: iabetti@uc.cl.

Esta investigación ha sido revisada y aprobada por el Comité Ético Científico en Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile, por lo que si usted tiene alguna duda, pregunta o reclamo, o si considera que sus derechos no han sido respetados, puede contactar al CEC-Salud UC al mail: eticad@investigacion@uc.cl al teléfono 223542362-223548173.



A continuación, indique su interés en participar o no en esta investigación.

Nota: si usted responde que sí, se hará inicio a la entrevista, y se entiende que ha consentido participar en la investigación.

SÍ, acepto participar _____

NO, no acepto participar _____



Anexo 4. Pauta de entrevista para usuarios.

Pauta de Entrevista

Dirigida a usuarios que participan de atenciones telefónicas Telesalud UC

Encuadre: Buenos días/tardes, mi nombre es Irina Betti de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica y actualmente estoy realizando mi tesis sobre las atenciones telefónicas de los Centros de Atención (Cesfam, consultorio, etc.). Esta entrevista tiene como objetivo conocer su experiencia con las atenciones telefónicas con el fin de poder analizar cómo se han implementado estas llamadas.

-Comenzar a grabar-

1. Leer y grabar consentimiento informado en conjunto

2. Agradecer participación en la entrevista

1. En primer lugar, me gustaría saber cómo fue su experiencia con la(s) atención(es) telefónica(s) que recibió o realizó,
 - a. ¿Cuántas llamadas ha realizado?
 - b. ¿Cuántas llamadas ha recibido?
 - c. ¿Cuál fue la razón de la(s) llamada(s) que realizó?
 - d. ¿Cuál fue la razón de la(s) llamada(s) que recibió?
 - e. ¿Cuánto duró/duraron la(s) llamada(s)?
 - f. ¿Qué profesional contestó/realizó la llamada?
2. ¿Cómo fue su experiencia con la persona que le contestó/lo atendió?
3. ¿Cómo fue resuelta su consulta?
4. ¿Había recibido anteriormente una atención de salud por teléfono u otra tecnología? ¿Cómo fue su experiencia? (preguntar si fue en el mismo Centro).
5. Cuénteme acerca de la atención por teléfono que recibió/realizó durante la crisis sanitaria.
Ejemplos:
 - a. ¿Requirió ayuda o asistencia de otra persona para tener la llamada?
 - b. ¿Qué le pareció la calidad de la atención? (ej. preguntas claras de proveedor, trato, calidad y cantidad información)



6. ¿Qué esperaba de la atención por teléfono?
7. ¿Qué lo sorprendió de la atención telefónica?
8. ¿Cómo evalúa usted la atención telefónica?
 - a. ¿Qué valora como positivo de la atención telefónica que recibió?
 - b. ¿Qué valora como negativo de la atención telefónica que recibió?
9. ¿Qué complicaciones/problemas tuvo durante la(s) atención(es) telefónica(s)? ¿Cómo se solucionó o podrían solucionarse?
10. ¿Qué cree que se gana y pierde con una atención telefónica a diferencia de una atención presencial?
11. ¿Cómo podrían mejorar las atenciones por teléfono?
12. Cuénteme, ¿qué piensa sobre integrar atenciones telefónicas al cuidado habitual de su salud en el Cesfam? (evaluar disposición y motivación)
13. ¿Por qué seguiría o no haciendo uso de las llamadas telefónicas?
14. Finalmente, ¿qué dispositivos electrónicos cuenta?

Cierre

15. Finalmente, sobre algunos datos para tener en cuenta en el estudio: ¿Cuál es su edad? ¿Cuál es su estado laboral actual? ¿Cuál es su Centro de Salud correspondiente?
16. ¿Hay algo más que a usted le gustaría agregar y que no hayamos hablado durante la entrevista?

Nuevamente agradecer participación

-Detener grabación-



Anexo 5. Pauta de entrevista para profesionales de la salud.

Pauta de Entrevista

Dirigida a proveedores de la salud que realizan atenciones telefónicas Telesalud UC

Encuadre: Buenos días/tardes, mi nombre es Irina Betti de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica y actualmente estoy realizando mi tesis sobre las atenciones telefónicas en los Centros de Atención de Salud Familiar Ancora UC. Esta entrevista tiene como objetivo conocer su experiencia con las atenciones telefónicas durante la crisis sanitaria mediante el proyecto Telesalud UC con el fin de poder analizar cómo se han implementado estas llamadas.

-Comenzar a grabar-

1. Leer consentimiento informado en conjunto

2. Agradecer participación en la entrevista

Para comenzar,

1. ¿Cuánto tiempo ha realizado atenciones telefónicas mediante el proyecto Telesalud UC?
2. ¿Qué atenciones ha realizado? (ej. orientación, seguimiento, crónico, etc.)
3. ¿Qué capacitaciones tuvo antes de realizar las atenciones? ¿Qué le parecieron?

Sobre su experiencia con el uso de las tecnologías en el sector de la salud,

1. ¿Qué experiencias tuvo con atenciones telefónicas/a distancia antes de la pandemia?
2. Cuénteme qué le parece la idea de integrar atenciones a distancia en atención primaria.
3. En el contexto de la pandemia, ¿qué piensa sobre atender telefónicamente durante la crisis sanitaria?

Sobre las atenciones telefónicas mediante la plataforma de conectividad de Telesalud UC

4. ¿Cómo ha sido su experiencia con las atenciones telefónicas durante la crisis sanitaria?



5. ¿Cómo evalúa el sistema de atenciones basadas en la plataforma durante la crisis?
6. ¿Cómo evalúa su desempeño con las atenciones telefónicas?
7. ¿Cómo ha sido integrar las atenciones telefónicas y plataforma de contactabilidad a su trabajo durante la pandemia? (ej. proceso de aprendizaje: “se ha convertido en un hábito”).
8. ¿Cuáles son los ajustes que usted ha tenido que hacer para realizar la atención telefónica?
9. ¿Cuáles cree que son las ventajas sobre las atenciones a distancia en atención primaria durante la crisis sanitaria en el CESFAM?
10. ¿Cuáles cree que son las desventajas sobre las atenciones a distancia en atención primaria durante la crisis sanitaria en el CESFAM?
11. ¿Qué tan seguro y confiado se ha sentido con las atenciones telefónicas?
12. ¿Qué otras complicaciones o desafíos ha tenido con las atenciones telefónicas? ¿Cómo los ha solucionado o podrían solucionarse? (ej. de acceso de los usuarios, nivel técnico, relacional, organizacional, sobrecarga, demandas psicosociales de usuarios, otros motivos de consulta).
13. ¿Qué cree que necesitan las atenciones telefónicas y la plataforma de contactabilidad para mejorar?

Sobre la intención de integrarlo o no en sus actividades diaria,

14. ¿Qué piensa sobre integrar estas herramientas en la atención habitual? (evaluar disposición y motivación)
15. ¿Qué puede limitar y/o facilitar la integración de estas herramientas en su trabajo habitual?
16. ¿Qué otro apoyo, por ejemplo técnico, necesitaría para facilitar el uso de la plataforma y mejorar las atenciones telefónicas de manera habitual?

Cierre

- Finalmente, sobre algunos datos para tener en cuenta en el estudio: ¿Cuál es su edad? ¿Cuál es su rol de trabajo? ¿Cuál es su Centro de Salud correspondiente?



→ ¿Hay algo más que le gustaría agregar y que no haya surgido durante la entrevista?

Nuevamente agradecer participación

-Detener grabación-



Anexo 6. Acta de aprobación del Comité Ético Científico Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile



ACTA DE RESOLUCIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO CIENCIAS DE LA SALUD UC Re-acreditado por SEREMI de Salud Resolución Exenta N°012321 del 07 de junio de 2017

NUEVO ESTUDIO

Fecha y N° de Sesión: 30 de julio de 2020, sesión extraordinaria N°10

Investigador Responsable: Irina Alessandra Betti Cortés

ID Protocolo: 200723014

Título del Proyecto: Un estudio cualitativo desde la percepción del usuario final y de los equipos de salud: Evaluación de implementación de la atención basada en Telesalud durante la pandemia por COVID-19 en Ancora UC

Facultad/Unidad Académica: Facultad de Cs. Sociales, Pontificia Universidad Católica de Chile

Sitio de realización: Centro de Salud Familiar Ancoras UC

Académico Responsable: Marcela Paz Aracena Álvarez

Financiamiento: Otro (indicar) Sin financiamiento

Miembros del Comité que participaron en la aprobación del estudio:

Dra. Claudia Uribe Torres, Presidente

Dra. Colomba Cofré Dougnac, Vice-Presidente

Mg. Andrea Villagrán Torres, Secretaria Ejecutiva

Sr. Jorge Muñoz Castillo, Abogado miembro externo

Dr. Gustavo Kaltwasser González, Miembro externo

Srta. Alyssa Garay Navea, Representante de la comunidad

Dra. Marisa Torres Hidalgo, Departamento de Salud Pública

Dra. Carolina Méndez Orellana, Carrera de Fonoaudiología

Dr. Luis Villarroel Del Pino, Departamento de Salud Pública

Dr. Pablo Brockmann Veloso, Departamento de Enfermedades Respiratorias del niño

Documentos recibidos por el Comité:

- Carta Presentación Investigador Responsable
- Carta Apoyo Jefe de Departamento



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Documentos revisados y aprobados por el Comité:

- Formulario_Solicitud Revisión Ética
- Guion_investigacion_online_2020.docx
- Guion_Consentimiento Telefónico_2020.docx
- Protocolo In extenso
- Pauta de Entrevista Usuario
- Pauta de Entrevista Proveedor de la Salud

Considerando que:

1. Los investigadores referidos cuentan con la experiencia necesaria para la conducción y el desarrollo de este tipo de estudio;
2. La metodología descrita es apropiada para el cumplimiento de los objetivos del estudio, de acuerdo con los estándares internacionales de rigor científico;
3. Durante la conducción del estudio se garantiza un balance riesgo/beneficio favorable para los participantes, por cuanto sólo se realizan procedimientos de bajo riesgo;
4. La población por estudiar no es considerada vulnerable y el protocolo contempla todos los resguardos necesarios para la seguridad y bienestar de los participantes;
5. Se ha contemplado el resguardo de la confidencialidad de la información sensible e identificable en la difusión de los resultados, por lo que no introduce un riesgo de menoscabo para la intimidad de los participantes; y
6. Los participantes ingresarán voluntariamente luego de ser adecuadamente informados sobre los aspectos esenciales del estudio, sus deberes y derechos, y los plazos estipulados para el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

Constatado que, el texto del guión del Consentimiento Informado, contiene:

1. La descripción general de los objetivos de la investigación;
2. El detalle de los procedimientos que involucra la participación en este estudio;
3. Los antecedentes sobre el uso que se dará a la información obtenida a partir de cada procedimiento de la investigación;
4. El compromiso respecto a la utilización actual y futura de la información, la que sólo se realizará dentro de los marcos del presente estudio y para el logro de dichos objetivos;
5. El resguardo de la confidencialidad y el anonimato de la información recogida, según corresponde a cada procedimiento del estudio;
6. El detalle respecto del costo en tiempo que significa la participación en el estudio;
7. La información sobre los beneficios y derechos frente a riesgos; y
8. La voluntariedad de la participación y la garantía para cada participante de hacer abandono del estudio, sin repercusión alguna.



Resolución CEC-Salud UC:

Este proyecto cuenta con la opinión favorable del Comité con fecha **30 de julio de 2020**, en la **sesión extraordinaria N°10**, la que tiene vigencia de un año.

Para iniciar el proceso de consentimiento y de reclutamiento vía electrónica se debe disponer previamente de la última versión aprobada y timbrada del Guión de Consentimiento Informado e instrumentos. De este modo, el Investigador Responsable velará por la realización de estos procedimientos vía online, utilizando las copias de cada versión original (timbradas, fechadas y firmadas por el CEC-Salud UC)

El Investigador Responsable deberá solicitar la renovación anual de la presente aprobación ética con al menos 45 días de anticipación si desea continuar con el estudio. Si no ha recibido la respuesta oficial a su solicitud, el investigador deberá detener las actividades del proyecto, no podrá enrolar a ningún nuevo participante y no podrá proceder con el análisis de los datos.

En la eventualidad de requerir cualquier modificación al estudio o a los documentos aprobados originalmente, el investigador deberá notificarlo al Comité por medio de una enmienda (a través de plataforma) para revisión y emisión de una nueva acta de resolución ética. {

El Investigador Responsable debe descargar, revisar, firmar y subir a plataforma, documento de Responsabilidad del Investigador, la que se encuentra disponible en sección "Plantillas" del estudio de la referencia (**ID: 200723014**)

SRA. ANDREA VILLAGRÁN TORRES
Secretaría Ejecutiva CEC-Salud UC



DRA. CLAUDIA URIBE TORRES
Presidente CEC-Salud UC

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC Salud UC

Se certifica que la información contenida en el presente documento es correcta y que refleja el acta del Comité Ético Científico de Ciencias de la Salud (CEC-Salud UC). Este Comité adhiere a los principios éticos de la Pontificia Universidad Católica, que considera como norma fundamental el respeto a la dignidad de la persona humana en cualquier condición. Este Comité cumple además con las guías de buena práctica clínica definidas por la conferencia internacional de armonización (GCP-ICH); y con las leyes chilenas 20.120, 19.628, 20.584 y 20.850 que modifica el Código Sanitario

Anexo 7. Acta de aprobación del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE COMITE ETICO-CIENTIFICO

ACTA DE APROBACIÓN

Miembros del Comité de Evaluación Ético Científico que participaron en la sesión del 05 de noviembre del 2020

Comité constituido en conformidad a la resolución exenta NO2886 del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente de fecha de fecha 06 de julio 2009.

Acreditado por SEREMI de Salud 019892 de fecha 14 Abril 2014.

Dr. Patricio Michaud Ch, S.S.M.S.O. Presidente del Comité
Sra. Verónica Cantuarias B. Enfermera matrona. Hospital Padre Hurtado
Sra. Andrea Mesina A. Fonoaudióloga, Hospital Sótero del Río
Dra. María Inés Gómez. Medico Externo.
Sra. Edith Mora San M. Asistente Social, Hospital Sótero del Río.
Dr. Rafael Téllez T. Secretario. Hospital Sótero del Río
Dr. Juan Carlos Flores. Medico Hospital Sotero del Río.

Estudio: “Percepción del usuario y de los equipos de salud: Evaluación de implementación de la atención basada en telesalud durante la pandemia por COVID-19 en Ancora UC, un estudio cualitativo”

Investigador Responsable: Sra. Irina Betti Cortés

Centro: Centros Ancora (CESFAM Juan Pablo II, CESFAM San Alberto Hurtado y CESFAM Madre Teresa de Calcuta).

Fecha Aprobación: 05 de noviembre del 2020

Este informe se refiere a la revisión que el Comité hizo de los siguientes documentos:

- Tesis, (Resumen)
- Consentimiento Informado.
- Carta respaldo, CESFAM, San Alberto Hurtado, Directora, Dra. Paulina Beca
- Carta respaldo, CESFAM, Juan Pablo II, Directora, Sra. Victoria Cuadra.
- Carta respaldo, CESFAM, Madre Teresa de Calcuta, Director, Dr. Camilo Cortés.
- Guion para el Consentimiento y participación en el estudio Online.
- Pauta de entrevista, Dirigida a Usuarios.
- Pauta de entrevista dirigida a Proveedores de la Salud.

Evaluación Ética.

Se trata de un estudio descriptivo cualitativo, en que la investigadora, psicóloga, plantea la necesidad de hacer una evaluación del grado de satisfacción de pacientes y prestadores en los Consultorios Ancora. PUC donde por la crisis de la Pandemia, se les atendió por video o por vía telefónica.

Se hará en voluntarios, tanto pacientes como prestadores se les solicitará participar en entrevista semiestructurada por vía telefónica para medir el grado de satisfacción de esta atención. Garantizando el anonimato y confidencialidad de la información.

**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE
COMITE ETICO-CIENTIFICO**

Este estudio no implica ningún riesgo para participantes (pacientes y prestadores) y la información obtenida puede ser un elemento valioso, para ir implementando modalidades de atención clínica, sobre todo en el control de pacientes, lo que a veces, no se hace producto de la limitación en cupos para este fin.

El Consentimiento Informado se tomará vía telefónica y se asegura anonimato y confidencialidad de toda la información obtenida

CONCLUSIÓN: Teniendo presente, que: Este protocolo cumple con los requisitos éticos de una investigación; con la legislación nacional vigente, con relación a las Leyes: 19628, 20120 y 20584 y que no implica costos materiales adicionales, ni en recurso humano para la Institución; Este Comité considera que no hay inconvenientes, para solicitar a la Dirección de los Centros Ancora (CESFAM Juan Pablo II, CESFAM San Alberto Hurtado y CESFAM Madre Teresa de Calcuta), la autorización para la realizar esta Investigación.

Le solicitamos:

1. **Le solicitamos antes de iniciar el estudio** obtener la aprobación de él, por la autoridad administrativa correspondiente de la Institución, (Director de Hospital, CESFAM, o quien corresponda) y hacernos llegar una copia de dicha a probación. El no cumplimiento de esta obligación lo expone a sanciones administrativas de acuerdo a la legislación vigente.
2. Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta tres años cerrado el estudio.
3. Usar los consentimientos informados validados por este Comité.
4. **Informar cada 6 meses o lo menos una vez al año de su marcha**, como También de cualquier publicación o presentación a congresos que dé él se generen.
5. La validez de esta aprobación es por un año al cabo del cual con el Informe Correspondiente debe solicitarse su renovación



Dr. Patricio Michaud Ch
Presidente
Comité de Evaluación Etico científico
S.S.M.S.O.

Cc Dirección, Centros Ancora (CESFAM Juan Pablo II,
CESFAM San Alberto Hurtado y
CESFAM Madre Teresa de Calcuta).

Av. Concha y Taro 3459 - Paradero 30, Vic. Mackenna - Teléfonos: 2288 09 65 - 225765163- Puente Alta