

Satisfacción con la atención mediante telesalud durante la pandemia de COVID-19 en pacientes ambulatorios

Satisfaction with telehealth care during the COVID-19 pandemic in outpatients

Nelci Becerra-Martínez^{1*} ; Ruth Asceneth Falla-Rivas¹ ; Isabel Cristina Zapata-Soto¹ ; Diana Rojas² ; Yenny Carolina Sánchez-Casas³ ; Lorena Castro-Bonilla³ ; Alberto Márquez² ; Mauricio Serra-Tamayo³ 

* nbecerra@javesalud.com.co

Forma de citar: Becerra N, Falla Rivas RA, Zapata Soto IC, Rojas D, Sánchez Casas YC, Castro Bonilla L, et al. Satisfacción con la atención mediante telesalud durante la pandemia COVID-19 en pacientes ambulatorios. Salud UIS. 2024; 56: e24019. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.56.e:24019> 

Resumen

Introducción: las telecomunicaciones han permitido introducir otras modalidades de atención en salud. La pandemia contribuyó a acelerar su implementación. La satisfacción del usuario es un indicador de calidad de los servicios. **Objetivo:** explorar el grado de satisfacción con la atención recibida mediante telesalud durante la pandemia en pacientes de un entorno ambulatorio en Bogotá, Colombia. **Metodología:** estudio transversal realizado en dos instituciones de atención primaria (mayo-agosto de 2021). Se aplicó una encuesta telefónica posterior a la atención y se obtuvo información sociodemográfica, clínica y de percepción de satisfacción. Esta fue analizada mediante estadística descriptiva y se establecieron asociaciones mediante modelos de regresión logística. **Resultados:** participaron 346 usuarios, con edad promedio de 47 años, 69,9 % mujeres y 43,9 % realizaron estudios superiores. El 82,4 % reportó un alto nivel de satisfacción con la telesalud. La percepción frente a la comprensión del motivo de consulta, confianza generada, amabilidad, claridad en las indicaciones y respeto a la privacidad por parte del profesional fue alta (8,6/10). Las personas con mayor satisfacción manifestaron que la telesalud podría ser utilizada en la postpandemia (OR: 12,05; IC 95 %: 4,77 – 30,43). **Discusión:** los usuarios se mostraron muy satisfechos con la atención recibida mediante telesalud durante la pandemia, similar a los hallazgos de otros autores, con una alta receptividad frente a la incorporación de esta modalidad al modelo de atención regular. **Conclusiones:** el alto nivel de satisfacción y aceptación de la telesalud por parte de los usuarios ratifica la necesidad de comprender y potencializar su rol como complemento a los modelos de atención integral en salud.

Palabras clave: Tecnología de la información; Telecomunicaciones; Teleorientación; Telemedicina; Servicios de salud; Continuidad de la atención al paciente; Satisfacción del paciente; Pandemias.

¹ Javesalud IPS, Bogotá, Colombia.

² Unidad Médica Santa Fe SAS, Bogotá, Colombia.

³ Compensar Salud EPS, Bogotá, Colombia.

Abstract

Introduction: Telecommunications have made it possible to introduce other forms of health care. The pandemic helped speed up its implementation. User satisfaction is an indicator of service quality. **Objective:** To explore the degree of satisfaction with the care received through telehealth during the pandemic in an outpatient setting in Bogotá, Colombia. **Methods:** Cross-sectional study carried out in two outpatient primary care institutions, during May and August 2021. After the care, a telephone survey was applied, obtaining sociodemographic, clinical and satisfaction perception information. It was analyzed through descriptive statistics, establishing associations between them. **Results:** A total of 346 users participated, average age 47 years, 69.9 % women; 43.9 % with higher education. 82.4 % reported a high level of satisfaction with telehealth. The perception regarding the understanding of their reason for consultation, trust generated, friendliness, clarity in the indications and respect for privacy by the professional, was high (8.6/10). People with the greatest satisfaction stated that telehealth could be used in the post-pandemic (OR: 12.05; 95 % CI: 4.77 – 30.43). **Discussion:** Users were very satisfied with the care received through telehealth during the pandemic, like the findings of other authors, with a high receptivity to the incorporation of this modality to the regular care model. **Conclusions:** the high level of satisfaction and acceptance of telehealth by users ratifies the need to understand and enhance its role as a complement to comprehensive health care models.

Keywords: Information technology; Telecommunications; Teleorientation; Telemedicine; Health services; continuity of patient care; Patient satisfaction; Pandemics.

Introducción

Las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) han permitido el desarrollo de nuevas modalidades de atención en salud, con el fin de facilitar el acceso, la oportunidad, resolutivez y continuidad en el cuidado integral de los pacientes, además de reducir costos y tiempos de desplazamiento¹.

Existen varios términos relacionados con el uso de las TIC en salud que en ocasiones pueden traslaparse; la telesalud se refiere al conjunto de actividades, servicios y métodos de atención en salud, que a su vez incluye categorías como la teleorientación, telemedicina, teleeducación, entre otras². La teleorientación en salud se centra en proporcionar información y asesoría con un alcance definido en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. La telemedicina implica la prestación de servicios a distancia con finalidades diagnósticas, terapéuticas y educativas, de manera sincrónica a través de videollamada (telemedicina interactiva) o de manera asincrónica (telemedicina no interactiva)³.

La implementación de la telesalud en Colombia se venía dando de manera paulatina⁴; no obstante, es necesario reconocer que la pandemia por COVID-19 contribuyó a acelerar este proceso. Durante 2020 y 2021, en la región de las Américas se documentó una interrupción significativa en la prestación de servicios de salud esenciales en el 64 % y 55 % respectivamente^{5,6}. En consecuencia, los gobiernos generaron planes de acción

específicos, incluida la atención en salud mediante las TIC, lo cual flexibiliza la normatividad para facilitar su implementación con el fin de garantizar el acceso a los servicios, evitar desplazamientos, proteger grupos de riesgo y mitigar posibles saturaciones en la capacidad instalada de los servicios sanitarios.

La atención mediante telesalud debe cumplir los mismos estándares de calidad que la atención presencial⁷, de modo tal que es necesario evaluar periódicamente un conjunto de atributos, entre ellos la satisfacción del usuario, que permitan establecer planes de mejoramiento continuo⁸. La satisfacción se ha establecido como un buen indicador de calidad y eficiencia de los servicios, aunque este es un concepto subjetivo y multidimensional⁹. Si bien se habían realizado exploraciones sobre la satisfacción de los usuarios con la telesalud antes de la pandemia, con hallazgos en general muy positivos^{10,11}, identificar la percepción de los pacientes frente a estas modalidades de atención, que alcanzaron su máximo nivel de implementación durante la pandemia, permitirá reconocer las expectativas de mejoramiento, su continuidad y rol en los modelos de atención integral en salud, tipo de población beneficiaria, criterios de uso y necesidades de ajuste acorde con las particularidades de los sistemas de salud.

El objetivo de este estudio fue evaluar el grado de satisfacción percibida por usuarios atendidos durante la pandemia mediante teleorientación en dos instituciones prestadoras de servicios de salud ambulatorios en Bogotá, Colombia.

Metodología

Diseño y población del estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal mediante la aplicación de una encuesta telefónica a usuarios de dos instituciones prestadoras de servicios de atención primaria en salud, adscritas a un asegurador privado en la ciudad de Bogotá, Colombia, atendidos durante la pandemia por COVID-19.

Los criterios de inclusión al estudio eran ser mayor de 18 años, haber sido atendido por teleorientación entre mayo y agosto de 2021 y que no presentaran ningún tipo de discapacidad auditiva o mental.

La teleorientación en salud implicaba una atención telefónica para evitar el desplazamiento del usuario al centro médico y disminuir el riesgo de contagio por COVID-19, dada la contingencia de salud pública y acorde con los lineamientos gubernamentales¹², previa autorización y consentimiento informado por parte del usuario, con el propósito de identificar las necesidades de cada paciente, resolverlas en la medida de lo posible y direccionarlo para atención presencial, domiciliaria, telemedicina interactiva o urgencias según fuese requerido.

Definición de variables

El estudio incluyó variables sociodemográficas, clínicas y de percepción de la satisfacción. Las primeras fueron sexo como definición biológica, edad en años y categorizada por curso de vida en juventud (14-26 años), adultez (27 – 59 años) y persona mayor (≥ 60 años); nivel educativo desde ninguno hasta universitario; estado civil (soltero, casado, unión libre, separado, viudo) y estrato socioeconómico bajo (1-2), medio (3-4) y alto (5-6). Para las variables clínicas se evaluó la presencia de enfermedad crónica y el diagnóstico CIE-10 registrado en la historia clínica electrónica de cada paciente en el momento de la atención. La percepción global de satisfacción se evaluó mediante un instrumento estandarizado con respuestas tipo Likert de 1 a 10 a través de reporte verbal.

Fuentes de datos

Se construyó un cuestionario con preguntas tomadas de encuestas validadas sobre evaluación de la satisfacción de los usuarios con servicios de telesalud^{8,13-14}. El cuestionario definitivo contaba con 14 preguntas, organizadas en siete dominios relacionados con la evaluación multidimensional de la satisfacción:

percepción global de satisfacción (3 preguntas), acceso (2), prestación del servicio (4), privacidad (1), practicidad (3) y recomendación del servicio a otros (1). Por tratarse de un cuestionario *ad hoc*, se realizó una validación de apariencia, contenido y comprensión de cada una de las preguntas a través de una evaluación cognitiva aplicada a un grupo de diez expertos, para determinar la consistencia y coherencia de las preguntas y se realizaron los ajustes al instrumento conforme los resultados de esta prueba piloto. El cuestionario final fue aplicado vía telefónica, por lo que los entrevistadores fueron entrenados y se realizó seguimiento durante todo el proceso de recolección de datos.

Tamaño del estudio

Para el cálculo de muestra se usó la herramienta OpenEpi versión 3, se obtuvo un tamaño de muestra de 384 participantes, un alfa de 0,05 % y un intervalo de confianza del 95 %, teniendo en cuenta un 10 % de variación de la muestra.

Métodos estadísticos

Los datos se analizaron por medio de medidas de tendencia central, media y desviación estándar. Dada la prueba de Shapiro-Wilk de distribución no normal, se usó mediana y min/máx. Para las variables categóricas se usó análisis de frecuencias y porcentajes. Los resultados fueron expresados a través de OR de prevalencia, con un nivel de confianza del 95 %. Se establecieron asociaciones entre la variable dependiente (grado de satisfacción de los usuarios) y las variables independientes (sociodemográficas, características de la atención y clínicas) por medio de la prueba estadística de chi cuadrado y considerando un nivel de significancia $p < 0,05$. En caso de no encontrar valores esperados mayores a 5 en cada una de las celdas, se utilizó la prueba exacta de Fisher. Para efectos de la regresión logística, la variable dependiente “grado de satisfacción” se dicotomizó en las categorías: muy insatisfecho/insatisfecho y satisfecho/muy insatisfecho. Los datos fueron procesados usando el programa estadístico STATA® (Versión 16).

Resultados

De un tamaño de muestra calculado de 384 usuarios, se obtuvo una tasa de respuesta del 90,12 % ($n = 346$), cuyas características sociodemográficas están en la **Tabla 1**. El 47,76 % de las atenciones fueron realizadas por medicina especializada, el 44,48 % por medicina general y el 7,76 % por otros servicios (enfermería, psicología o nutrición). El 23,88 % de los usuarios tenía

alguna enfermedad crónica. Los cinco diagnósticos más frecuentes fueron hipertensión esencial (8,19 %), COVID-19 (7,31 %), hipotiroidismo (5,26 %), examen médico general (5,26 %) y trastorno de la piel no especificado (5,61 %).

El 82,30 % de los participantes manifestó sentirse satisfecho o muy satisfecho con la atención recibida, con un grado de satisfacción global de 8 en una escala de 1 a 10, (1 muy insatisfecho y 10 muy satisfecho), **Tabla 2**. La percepción frente a la comprensión del motivo de consulta, confianza generada, amabilidad, claridad en las indicaciones y respeto a la privacidad por parte del profesional, fue en promedio de 8,6/10. Respecto de la accesibilidad, el 74,86 % tuvo su cita

durante la siguiente semana. La oportunidad del servicio tuvo una calificación de 7,7/10 (1 no oportuna y 10 muy oportuna).

Tomando como variable dependiente el grado de satisfacción, dicotomizada en las categorías muy insatisfecho/insatisfecho y muy satisfecho/satisfecho, no se encontraron diferencias significativas con las variables sociodemográficas sexo, edad, estado civil y estrato socioeconómico; no obstante, sí hubo diferencia con la variable nivel educativo, donde se encontró que las personas no escolarizadas fueron más frecuentes entre los usuarios muy insatisfechos/insatisfechos ($p = 0,049$), **Tabla 3**.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población encuestada (n = 346).

Características	n	%	IC 95 %
Edad			
Mediana 47 años (min: 18 años - máx: 90 años)			
Sexo			
Femenino	242	69,9 %	65,92-74,63
Masculino	104	30,1 %	25,44-35,02
Nivel educativo			
Universitario	118	34,1 %	29,22-39,23
Básica secundaria	62	17,9 %	14,11-22,2
Técnica profesional	55	15,9 %	12,34-20,42
Básica primaria	31	9,0 %	6,32-12,33
Tecnología	31	9,0 %	6,34-12,31
Especialización	26	7,5 %	5,14-10,62
Ninguno	14	4,0 %	2,32-6,54
Maestría	6	1,7 %	0,74-3,54
Doctorado	2	0,6 %	0,09-1,82
Preescolar	1	0,3 %	0,01-1,42
Estado Civil			
Casado	144	41,6 %	36,52-46,87
Soltero	116	33,5 %	28,68-38,57
Unión libre	50	14,5 %	11,01-18,47
Viudo	20	5,8 %	3,67-8,58
Separado / Divorciado	16	4,7 %	2,43-7,12
Estrato socioeconómico			
1	21	6,1 %	3,76-8,88
2	88	25,4 %	21,02-30,22
3	159	46,0 %	40,67-51,24
4	54	15,6 %	12,12-19,67
5	18	5,2 %	3,21-7,89
6	6	1,7 %	0,71-3,48

Fuente: elaboración propia.

Satisfacción con la atención mediante telesalud durante la pandemia COVID-19 en pacientes ambulatorios

Tabla 2. Nivel de satisfacción global con la telesalud (n = 346).

Características	n	%	IC 95 %
Muy insatisfecho (1 - 2)	14	4,0	2,34-6,45
Insatisfecho (3 - 4)	13	3,8	2,12-6,14
Neutral (5 - 6)	34	9,8	7,01-13,34
Satisfecho (7 - 8)	80	23,1	18,89-27,78
Muy satisfecho (9 - 10)	205	59,2	54,02-64,31

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Asociación entre el grado de satisfacción percibido y las características sociodemográficas de la población encuestada (n = 346).

Variable	Grado de satisfacción		Valor p
	Satisfecho/Muy satisfecho n = 285	Insatisfecho/Muy insatisfecho n = 61	
Sexo, n (%)			
Femenino	196 (68,77)	46 (75,41)	0,305 ^a
Masculino	89 (31,23)	15 (24,59)	
Curso de vida, n (%)			
Juventud (18 a 28 años)	36 (12,72)	11 (18,03)	0,238 ^a
Adultez (29-59 años)	175 (61,84)	40 (65,57)	
Persona mayor (\geq 60 años)	72 (25,44)	10 (16,39)	
Nivel educativo, n (%)			
Ninguno/preescolar	8 (2,81)	7 (11,48)	0,049 ^a
Básica primaria	25 (8,77)	6 (9,84)	
Básica secundaria	54 (18,95)	8 (13,11)	
Técnico/tecnológico	73 (25,61)	13 (21,31)	
Universitario	99 (34,74)	19 (31,15)	
Posgrado	26 (9,12)	8 (13,11)	
Estado civil, n (%)			
Unión libre	38 (13,33)	12 (19,67)	0,212 ^b
Soltero	99 (34,74)	17 (27,87)	
Casado	122 (42,81)	22 (36,07)	
Separado / Divorciado	12 (4,21)	4 (6,56)	
Viudo	14 (4,91)	6 (9,84)	
Estrato socioeconómico, n (%)			
Bajo (1-2)	95 (33,34)	14 (22,95)	0,548 ^b
Medio (3-4)	172 (60,35)	41 (67,21)	
Alto (5-6)	18 (6,31)	6 (9,84)	

^a Diferencias encontradas mediante prueba χ^2

^b Diferencias encontradas mediante prueba exacta de Fisher

Fuente: elaboración propia.

Los usuarios muy satisfechos/satisfechos tuvieron una mayor percepción de facilidad de uso del servicio, así como de la contribución al mejoramiento de su salud y bienestar ($p < 0,001$). El 81,21 % de los participantes recomendaría esta modalidad de atención a familiares y amigos, lo que también fue más frecuente en usuarios muy satisfechos/satisfechos ($p < 0,001$), **Tabla 4**.

Se corroboró la asociación entre el nivel educativo y el grado de satisfacción y se halló que los usuarios con estudios superiores tenían mayor probabilidad de estar satisfechos con esta modalidad de atención (OR 4,55; IC 95 %: 1,47 - 14,07). Del mismo modo, los

usuarios con mayores niveles de satisfacción tenían mayor probabilidad de considerar la incorporación de esta modalidad a su modelo de atención regular (OR: 12,05; IC 95 %: 4,77 - 30,43), **Tabla 5**. En este sentido, las razones mencionadas por los usuarios ($n = 270$; 78,03 %) fueron ahorrar tiempo y evitar desplazamientos (37,41 %), así como facilidad de uso y resolutivez (16,67 %). Esto contrasta con la predilección por la atención presencial como principal razón de quienes no consideran esta opción como complemento a su plan de atención regular ($n = 76$; 21,97 %).

Tabla 4. Asociación entre el grado de satisfacción percibido y características del servicio por Telesalud ($n=346$).

Variable	Grado de satisfacción		Valor <i>p</i>
	Satisfecho/Muy satisfecho <i>n</i> = 285	Insatisfecho/Muy insatisfecho <i>n</i> = 61	
Atención por telesalud ha aportado al mejoramiento de su salud, <i>n</i> (%)			
No	29 (10,18)	40 (65,57)	< 0,001*
Sí	256 (89,82)	21 (34,43)	
Atención por telesalud ha aportado al mejoramiento de su bienestar, <i>n</i> (%)			
No	38 (13,33)	41 (67,21)	< 0,001*
Sí	247 (86,67)	20 (32,79)	
Días de programación del servicio de tele orientación contados a partir de la fecha de la solicitud del servicio, <i>n</i> (%)			
Menos de 3 días	100 (35,09)	10 (16,39)	< 0,001 ^a
De 4 a 8 días	129 (45,26)	20 (32,79)	
De 9 a 15 días	42 (14,74)	18 (29,51)	
De 16 a 30 días	9 (3,16)	7 (11,48)	
Más de 30 días	5 (1,75)	6 (9,84)	
Percepción del uso del servicio de teleorientación, <i>n</i> (%)			
Muy difícil	3 (1,05)	13 (21,31)	< 0,001 ^b
Difícil	21 (7,37)	11 (18,03)	
Neutral	62 (21,75)	20 (32,79)	
Fácil	163 (57,19)	12 (19,67)	
Muy fácil	36 (12,63)	5 (8,20)	
Tele orientación facilitó la obtención de cita médica, <i>n</i> (%)			
No	21 (7,37)	30 (49,18)	< 0,001 ^a
Sí	264 (92,63)	31 (50,82)	
Una vez recuperada la normalidad, ¿cree que la consulta por tele orientación, puede ser incorporada como una opción para su situación de salud?, <i>n</i> (%)			
Definitivamente No	32 (11,23)	25 (40,98)	< 0,001 ^b
Probablemente No	15 (5,26)	4 (6,56)	
Probablemente Sí	130 (45,61)	25 (40,98)	
Definitivamente Sí	108 (37,89)	7 (11,48)	
Teniendo en cuenta la experiencia en la atención brindada, ¿usted recomendaría la atención por teleorientación a familiares y amigos?, <i>n</i> (%)			
Definitivamente No	20 (7,02)	16 (26,23)	< 0,001 ^a
Probablemente No	17 (5,96)	12 (19,67)	
Probablemente Sí	124 (43,51)	25 (40,98)	
Definitivamente Sí	124 (43,51)	8 (13,11)	

^a Diferencias encontradas mediante prueba χ^2

^b Diferencias encontradas mediante prueba exacta de Fisher

Fuente: elaboración propia.

Satisfacción con la atención mediante telesalud durante la pandemia COVID-19 en pacientes ambulatorios

Tabla 5. Análisis logísticos univariados entre satisfacción y variables estadísticamente significativas.

Variable	OR	IC 95 %	Valor <i>p</i>
Nivel educativo, n (%)			
Ninguno/preescolar	1	-	-
Básica primaria	3,64	0,94 - 14,06	-
Básica secundaria	5,90	1,68 - 20,76	0,006
Técnico/tecnológico	4,91	1,51 - 15,88	0,008
Universitario	4,55	1,47 - 14,07	0,008
Posgrado	2,84	0,78 - 10,30	0,112
Atención por telesalud ha aportado al mejoramiento de su salud			
No	1	-	-
Sí	16,81	8,75 - 32,30	<0,001
Atención por telesalud ha aportado al mejoramiento de su bienestar			
No	1	-	-
Sí	13,32	7,06 - 25,12	<0,001
Días de programación del servicio de teleorientación contados a partir de la fecha de la solicitud del servicio			
Menos de 3 días	1	-	-
De 4 a 8 días	0,12	0,03 - 0,41	0,001
De 9 a 15 días	0,64	0,28 - 1,43	0,284
De 16 a 30 días	0,23	0,09 - 0,54	0,001
Más de 30 días	0,08	0,02 - 0,32	<0,001
Percepción del uso del servicio de teleorientación			
Muy difícil	1	-	-
Difícil	8,27	1,93 - 35,33	0,004
Neutral	13,43	3,47 - 51,96	<0,001
Fácil	58,86	14,72 - 235,26	<0,001
Muy fácil	31,19	6,51 - 149,30	<0,001
Tele orientación facilitó la obtención de cita médica			
No	1	-	-
Sí	12,16	6,22 - 23,78	<0,001
Posibilidad de incorporar la teleorientación como una modalidad de atención en la post pandemia			
Definitivamente No	1	-	-
Probablemente No	2,92	0,86 - 9,93	0,084
Probablemente Sí	4,06	2,06 - 7,98	<0,001
Definitivamente Sí	12,05	4,77 - 30,43	<0,001
Recomendación de la atención por teleorientación a familiares y amigos			
Definitivamente No	1	-	-
Probablemente No	1,13	0,42 - 3,04	0,804
Probablemente Sí	3,96	1,80 - 8,70	0,001
Definitivamente Sí	12,39	4,69 - 32,75	<0,001

Fuente: elaboración propia

Discusión

Se encontró un elevado nivel de satisfacción con la atención mediante telesalud durante la pandemia, consistente con los hallazgos de varias revisiones sistemáticas¹⁵⁻¹⁶. El grado de satisfacción fue independiente de características sociodemográficas como edad y sexo, lo cual contrasta con lo reportado por Gomes-de Almeida et al.¹⁷ Al analizar el grupo de adultos mayores, la satisfacción percibida con la teleorientación fue alta, aunque sin diferencias

significativas entre los diferentes cursos de vida, esta asociación probablemente se debe a que esta atención se realizó mediante contacto telefónico. No obstante, cuando se explora en la literatura el comportamiento de la satisfacción de adultos mayores con otras modalidades como la telemedicina, (que implica una videollamada en tiempo real entre el profesional y el usuario), aunque el grado de satisfacción reportado en varios estudios ha sido positivo, se ha identificado una tendencia a la baja satisfacción a medida que aumenta la edad. Esto probablemente está relacionado con factores

tecnológicos, socioeconómicos, personales o inherentes a la atención médica^{18,19}, por lo que resulta fundamental explorar estos aspectos y contar con protocolos que delimiten mejor la población potencialmente beneficiaria de esta modalidad de atención, el tipo de tecnología a utilizar, así como las preferencias del usuario.

Por otra parte, se halló una posible asociación entre un bajo nivel de satisfacción con una baja escolarización, similar a lo informado por Carrillo-de Albornoz et al.²⁰, identificando que la consulta telefónica puede ser más efectiva en pacientes con un mayor nivel educativo, que les facilite expresar su situación de salud mediante una conversación a distancia, por lo que es importante tener en cuenta esta consideración al momento de seleccionar y recomendar alguna de las modalidades de telesalud.

De los atributos que más impactaron el grado de satisfacción global fueron la percepción de mejoramiento de la salud y bienestar, así como la claridad y confianza generada por el profesional, coincidiendo con lo hallado en otro estudio²¹, al igual que con los beneficios percibidos: evitar desplazamientos, optimizar tiempos, facilidad de uso, actualización de órdenes médicas y seguimiento.

Los motivos de consulta atendidos mediante telesalud fueron diversos, desde condiciones agudas, enfermedades crónicas, hasta consultas de tipo preventivo. Esto se asemeja a lo observado en una revisión sistemática sobre efectividad de la consulta médica telefónica o mediante videollamada en atención primaria²⁰, lo cual resalta el potencial de esta modalidad de atención. Asimismo, la consideración de los usuarios encuestados de incorporar la telesalud como una opción dentro del modelo de atención habitual, una vez finalizada la pandemia, coincide con lo reportado por otros autores^{13,17,21}, lo que permite identificar la importancia del uso de las TIC dentro de los planes de cuidado en salud²². En este sentido, es necesario establecer un marco para su gobernanza y desarrollar protocolos de atención claros, con criterios de calidad definidos desde el principio. Este enfoque debe ser diferencial y de curso de vida, de modo que posibilite el mejoramiento continuo en todo el ciclo de atención, incluyendo indicaciones de uso y criterios de pertinencia centrados en las necesidades de los usuarios, que permitan exceder los resultados alcanzados con la implementación de la telesalud durante la pandemia^{23,24}.

Se plantea como limitación del presente estudio, también considerada por otros autores, el temor de

los pacientes a acudir a los centros médicos durante la emergencia sanitaria, lo cual pudo generar una mayor percepción de satisfacción que podría no ser comparable con una situación de normalidad^{13,21}. De otra parte, se pudo identificar que la mayoría de los estudios revisados sobre implementación de telesalud durante la pandemia se realizaron en países de altos ingresos²⁵, por lo que los resultados obtenidos se presentan como un insumo que puede contribuir al fortalecimiento de la implementación de la telesalud en países de bajos y medianos ingresos como Colombia. Sin embargo, se requieren más investigaciones que permitan ampliar la comprensión de la experiencia y satisfacción de los usuarios mediante esta modalidad de atención fuera del contexto de una pandemia²⁶. Además se necesitan consensos, protocolos y una regulación eficiente que facilite y optimice la implementación de la telesalud dentro de los modelos regulares de atención en salud.

Conclusiones

Pacientes de dos instituciones prestadoras de servicios de salud ambulatorios, atendidos mediante telesalud durante la pandemia COVID-19 en Bogotá, Colombia, se sintieron muy satisfechos con la atención recibida, con una alta receptividad frente a la incorporación de esta modalidad a los planes de atención habitual.

Explorar la percepción de los usuarios sobre estas alternativas de atención permitirá ampliar la comprensión de su utilidad, alcance y limitaciones, y servirá como insumo para optimizar su uso y facilitar su implementación. Potencializar su rol y lograr su engranaje dentro del sistema de salud puede contribuir a mejorar el acceso y la atención integral en el marco del cuidado primario ambulatorio.

Contribución de autores

Todos los autores contribuyeron en la concepción y el diseño del estudio, análisis e interpretación de los datos, la redacción del artículo y la aprobación final de la versión que será publicada.

Agradecimientos

A los pacientes e instituciones participantes.

Consideraciones éticas

Este estudio se basó en los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos establecidos por la Declaración de Helsinki²⁷, el Consejo de

Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas²⁸, y las disposiciones sobre investigación en salud del Ministerio de Salud de Colombia²⁹, contando con la aprobación del comité institucional de ética en investigaciones de Javesalud (código de aval No 004-2021 del 10 de febrero de 2021). El consentimiento informado fue aplicado y obtenido vía telefónica, el cual fue avalado por el comité de ética en investigaciones de una de las instituciones participantes y firmado por la totalidad de los pacientes seleccionados. Los resultados se presentan como cifras agregadas para garantizar la seguridad, privacidad y confidencialidad de los datos de los participantes.

Conflicto de interés

Los autores manifiestan no presentar conflictos de interés.

Financiación

El artículo fue financiado con recursos propios.

Apoyo tecnológico de IA

Los autores informan que no usaron inteligencia artificial, modelo de lenguaje, aprendizaje automático o tecnologías similares para crear o ayudar con la elaboración o edición de cualquiera de los contenidos de este documento.

Referencias

1. Shaw J, Jamieson T, Agarwal P, Griffin B, Wong I, Bhatia RS. Virtual care policy recommendations for patient-centred primary care: findings of a consensus policy dialogue using a nominal group technique. *J Telemed Telecare*. 2018; 24(9): 608-615. doi: [10.1177/1357633X17730444](https://doi.org/10.1177/1357633X17730444).
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2654 de 2019: Disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país. Bogotá D.C: MSPS; octubre 3 de 2019. Disponible en: <https://bit.ly/3Au8rsW>
3. Organización Panamericana de la Salud. Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina. Washington D. C.: OPS; 2016.
4. Correa-Díaz AM. Avances y barreras de la telemedicina en Colombia. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*. 2017; 47 (127): 363-384. doi: [10.18566/rfdcp.v47n127.a04](https://doi.org/10.18566/rfdcp.v47n127.a04)
5. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas. Brasil: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52283>
6. World Health Organization. [Internet]. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021: interim report, 22 April 2021. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340937>
7. The virtual care task force. [Internet]. Virtual care: Recommendations for scaling up virtual medical services. 2020. Canada: VCTF; 2020. Available from: <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/virtual-care/ReportoftheVirtualCareTaskForce.pdf>
8. Ion V. Evaluación de la telesalud. Recomendación: establecer un plan de evaluación desde el principio. *Latin Am J Telehealth*. 2009; 1(1): 150-158.
9. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*. 2002; 6(32): 1-244. doi: [10.3310/hta6320](https://doi.org/10.3310/hta6320)
10. Kruse CS, Krowski N, Rodríguez B, Tran L, Vela J, Brooks M. Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. *BMJ Open*. 2017; 7(8): e016242. doi: [10.1136/bmjopen-2017-016242](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016242)
11. Rouleau G, Gagnon MP, Côté J, Payne-Gagnon J, Hudson E, Dubois CA. Impact of Information and Communication Technologies on Nursing Care: Results of an Overview of Systematic Reviews. *J Med Internet Res*. 2017; 19(4): e122. doi: [10.2196/jmir.6686](https://doi.org/10.2196/jmir.6686)
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Telesalud y telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia por COVID-19. Bogotá: MSPS; 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS04.pdf>
13. Leibar-Tamayo A, Linares-Espinós E, Ríos-González E, Trelles-Guzmán C, Álvarez-Maestro M, Castro-Guerín C, et al. Evaluación de la teleconsulta en el paciente urológico durante la pandemia COVID-19. *Actas Urol Esp*. 2020; 44(9): 617-622. doi: [10.1016/j.acuro.2020.06.002](https://doi.org/10.1016/j.acuro.2020.06.002)
14. Donelan K, Barreto E, Sossong S, Michael C, Estrada J, Cohen A, et al. Patient and clinician experiences with telehealth for patient follow-up care. *Am J Manag Care*. 2019; 25(1): 40-44.

15. Andrews E, Berghofer K, Long J, Prescott A, Caboral-Stevens M. Satisfaction with the use of telehealth during COVID-19: An integrative review. *Int J Nurs Stud Adv*. 2020; 2: 100008. doi: [10.1016/j.ijnsa.2020.100008](https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100008)
16. Pogorzelska K, Chlabicz S. Patient Satisfaction with Telemedicine during the COVID-19 Pandemic-A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(10): 6113. doi: [10.3390/ijerph19106113](https://doi.org/10.3390/ijerph19106113)
17. Gomes-de-Almeida S, Marabujo T, Do Carmo-Goncalves M. Grado de satisfacción de los pacientes de la Unidad de Salud Familiar Vitrius con la teleconsulta durante la pandemia del COVID-19. *Rev Semergen*. 2021; 47(4): 248-255. doi: [10.1016/j.semerg.2021.01.005](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.01.005)
18. Alsabeeha N, Atieh M, Balakrishnan M. Older adults' satisfaction with telemedicine during the COVID-19 Pandemic: A systematic review. *Telemed J E Health*. 2022. doi: [10.1089/tmj.2022.0045](https://doi.org/10.1089/tmj.2022.0045)
19. Lam K, Lu AD, Shi Y, Covinsky KE. Assessing telemedicine unreadiness among older adults in the United States during the COVID-19 Pandemic. *JAMA Intern Med*. 2020; 180(10): 1389–1391. doi: [10.1001/jamainternmed.2020.2671](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.2671)
20. Carrillo-de-Albornoz S, Sia KL, Harris A. The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review. *Fam Pract*. 2022; 39(1):168-182. doi: [10.1093/fampra/cmab077](https://doi.org/10.1093/fampra/cmab077).
21. Ruiz-Romero V, Martínez-Pillado M, Torres-Domínguez Y, Acón-Royo D, De Toro-Salas A, Cruz-Villalón F, et al. Evaluación de la satisfacción del paciente en la teleconsulta durante la pandemia por COVID-19. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 95(1): e1-e11.
22. Figueroa LM. Telehealth in Colombia, challenges associated with COVID-19. *Biomédica*. 2020; 40 (Supl 2): 77-79. doi: [10.7705/biomedica.5594](https://doi.org/10.7705/biomedica.5594)
23. Caetano R, Baptista A, Carneiro A, De-Paiva C, Da-Rocha G, Lacerda D, et al. Challenges and opportunities for telehealth during the COVID-19 Pandemic: ideas on spaces and initiatives in the Brazilian Context. *Cad Saude Publica*. 2020; 36(5): e00088920. doi: [10.1590/0102-311X00088920](https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920)
24. The Virtual Care Task Force. [Internet]. Virtual care in Canada: progress and potential. February 2022. recommendations for scaling up virtual medical services. February 2022. Canada: VCTF; 2022. Disponible en: <https://www.cma.ca/sites/default/files/2022-02/Virtual-Care-in-Canada-Progress-and-Potential-EN.pdf>
25. Doraiswamy S, Abraham A, Mamtani R, Cheema S. Use of telehealth during the COVID-19 pandemic: Scoping review. *J Med Internet Res*. 2020; 22(12): e24087. doi: [10.2196/24087](https://doi.org/10.2196/24087)
26. Royo-Sanchis JD. La telemedicina desde el punto de vista del paciente. *At Prim Práctica*. 2021; 3(Supp. 1): 100118. doi: [10.1016/j.appr.2021.100118](https://doi.org/10.1016/j.appr.2021.100118)
27. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. WMA – The World Medical Association. 2017. Disponible en: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
28. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. [Internet]. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
29. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 (octubre 4): Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: MS; 1993. en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>