



## Barreras de acceso a la telemedicina en tiempos de COVID-19, un desafío profesional y gubernamental

Barriers to Access to Telemedicine during COVID-19, a Professional and Governmental Challenge

Barreiras no acesso à telemedicina em tempos de COVID-19, um desafio profissional e governamental

María Fernanda Barragán-Vergel, MD., Esp.<sup>1</sup> , Jorge Andrés Ortiz-Labrador, MD., Esp.<sup>2</sup> 

1. Médico, Especialista en Epidemiología. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Santander, Colombia.
2. Médico, Especialista en Epidemiología. Clínica FOSCAL. Floridablanca, Santander, Colombia.

**Correspondencia.** María Fernanda Barragán Vergel, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Campus el Bosque. Floridablanca, Santander Colombia. Email. [mbarragan216@unab.edu.co](mailto:mbarragan216@unab.edu.co)

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO:

Artículo recibido: 29 de septiembre de 2021

Artículo aceptado: 02 de febrero de 2022

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.4253>

**Cómo citar:** Barragán-Vergel MF, Ortiz-Labrador JA. Barreras de acceso a la telemedicina en tiempos de COVID-19, un desafío profesional y gubernamental. MedUNAB [Internet]. 2022;25(1):83-85. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.4253>

#### Palabras claves:

Telemedicina; Infecciones por Coronavirus; Disparidades en Atención de Salud; Acceso a Internet; Consulta Remota.

#### Keywords:

Telemedicine; Coronavirus Infections; Healthcare Disparities; Internet Access; Remote Consultation

#### Palavras-chave:

Telemedicina; Infecções por Coronavirus; Disparidades em Assistência à Saúde; Acesso à Internet; Consulta Remota.



## Estimada Editora:

La pandemia secundaria a la infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) aisló durante meses al mundo y produjo un impacto en las cifras de morbilidad y mortalidad. Al 27 de agosto de 2021 se han reportado a nivel mundial 215,047,649 casos y 4,480,486 muertes. En Colombia, para la misma fecha se reportaron 4,899,085 casos y 124,567 muertes (1). Entre las medidas sanitarias para disminuir la propagación de la infección se implementó el aislamiento obligatorio, condición que impulsó a todos los sectores a generar transformaciones. Para el caso del sistema de salud, entre sus estrategias se generó una rápida implementación de la telemedicina (TM).

El término TM se introdujo en 1970 como la “curación a distancia”, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la prestación de servicios de atención médica mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación para realizar un diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades” (2). Los objetivos de la TM son mejorar la calidad del servicio de salud, reducción de los costos de transporte, disminución de los tiempos de espera para la atención y brindar mayor oportunidad de atención a zonas geográficas distantes. Sumado a lo anterior, en el contexto de la pandemia permitió disminuir la exposición a la infección en los pacientes y profesionales en salud (3,4).

De esta manera, producto de la pandemia por COVID-19, la práctica de la TM se popularizó y se convirtió en una herramienta para brindar y garantizar atención en salud durante el aislamiento social. Un estudio realizado en China con 1,043 pacientes con diagnóstico o sospecha de COVID-19 durante enero y febrero del 2020, documentó que el 76.03% de las teleconsultas asignadas se realizaron en un tiempo de 0.5 a 2 horas desde el momento de la solicitud y el 68.42% de los pacientes reportó sentirse satisfecho con el servicio; por lo tanto, se logró disminuir el tiempo de espera y mejorar la oportunidad de la atención (5).

Aunque el enfrentar una pandemia en plena revolución digital permitió que los profesionales de salud siguieran conectados con sus pacientes a pesar del distanciamiento, entre las desventajas del ejercicio de la TM se debe considerar la limitación de acceso a las diferentes tecnologías de la información y comunicación. Las zonas rurales y dispersas sin acceso a internet o comunicación telefónica, sumado al poco dominio de las tecnologías por parte de los adultos mayores y el costo de los dispositivos digitales, son barreras de acceso que requieren intervención y que incluso pueden estar presentes en zonas urbanas y acentuar las desigualdades en acceso a salud (6,7).

En Colombia, el censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en el 2018 reportó que el 72.2% de los colombianos tienen un teléfono celular, entre los cuales el 78.1% tiene un teléfono inteligente y el 22.6% un teléfono convencional. Estas características de la población podrían estar limitando una atención completa por TM. Incluso se reportó que solo el 52.7% de los hogares tienen acceso a internet, y entre las razones que motivan esta cifra, el 44.8% no saben usarlo y el 18.1% informan que es costoso (8). En consecuencia, el ejercicio de la TM se convierte en un reto y desafío para las políticas gubernamentales en cuestiones incluso de salud pública, al estar relacionado el ejercicio de la TM con el acceso a las tecnologías de la información y comunicación, teniendo en cuenta para nuestro país el gran porcentaje de zonas rurales y disparidades socioeconómicas, aun en población urbana.

En relación con la adaptación rápida que enfrentaron los profesionales en salud, las capacitaciones en TM fueron precipitadas, producto de la emergencia. En un estudio en Estados Unidos, se encontró que, de 147 especialistas médicos, el 76% no habían practicado TM; no obstante, para el segundo semestre del 2020, el 78% informaron que más de la mitad de sus consultas se realizaron por TM producto de la pandemia. También reportaron limitaciones para la conexión médico-paciente, incluso en asistencias con video, y como resultado de la restricción por la modalidad virtual, manifestaron la limitación para el examen físico (6). Lo anterior, se podría contrarrestar con capacitaciones completas al talento humano en salud y programas de TM con inclusión de telemonitorización, permitiendo al profesional un seguimiento en signos vitales y variables clínicas para apoyar su decisión terapéutica (9,10).

Para el caso de Colombia, se conocen programas de TM como LivingLab Telesalud, de la Universidad de Antioquia, que incluye teleconsultas, telemonitorización, teleasistencia domiciliaria y prehospitalaria, así como teleeducación en pacientes de zona rural y urbana, de manera que permite el control de patologías crónicas y se convierte en un modelo de la importancia del ejercicio completo de la TM, que disminuye barreras de acceso a salud y brinda una atención integral. No obstante, no se cuenta con datos estadísticos nacionales en términos del impacto de la rápida aplicación de la TM durante la pandemia en programas de pacientes crónicos o atención en infección por COVID-19.

Así, entre las principales barreras de acceso a intervenir por parte gubernamental, se encuentra el acceso a las tecnologías de la información y comunicación por poblaciones en zonas rural y urbana con desigualdades económicas. En este punto, es fundamental la adquisición o acceso a internet y teléfonos móviles, sumada a

la capacitación de su uso con énfasis en el adulto mayor y población general sin conocimientos en su implementación. De la misma forma, todas las empresas prestadoras en salud (EPS), entre sus servicios ofertados, deben contar con TM para manejo de patologías crónicas, infección por COVID-19 y patologías de manejo ambulatorio, además de programas de empoderamiento al paciente en el uso de la TM.

Por último, a nivel profesional se debe capacitar de forma integral al talento humano en salud para brindar una atención por TM con espacios de intercambio de información y experiencias, permitiendo eliminar la brecha digital de uso y cultura organizacional de los profesionales. De igual forma, los tiempos de atención destinados a la TM deben ser respetados por el profesional, con el objetivo de evitar la inercia terapéutica.

Por lo tanto, en Colombia, por sus características geográficas y demográficas, se requiere de intervenciones gubernamentales con programas de TM que incluyan capacitación al personal en salud, eliminación de las barreras de acceso a las tecnologías de la información y comunicación, disponibilidad de telemonitorización y seguimiento de variables clínicas, así como acompañamiento al adulto mayor y pacientes de zona rural para el acceso al servicio, limitaciones identificadas que durante la rápida expansión de la TM podrían estar acentuando las inequidades en salud.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Financiación

Para la realización de este estudio, no existió ningún tipo de financiación externa a los autores.

## Referencias

1. Coronavirus Resource Center. COVID-19 Map [Internet]. EEUU: Johns Hopkins University & Medicine; 2021 [citado 27 de agosto 2021]. Recuperado a partir de: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
2. World Health Organization. Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on the Second Global Survey on eHealth 2009. Global Observatory for eHealth series – Volume 2 [Internet]. Ginebra: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2010 [citado 27 de agosto 2021]. Recuperado a partir de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44497>
3. World Health Organization. Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth, Global Observatory for eHealth [Internet]. Ginebra: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2016 [citado 27 de agosto 2021]. Recuperado a partir de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Chá-Ghiglia MM. Telemedicina: su rol en las organizaciones de salud. Rev Méd Urug [Internet]. 2020;36(4):411-7. doi: <http://dx.doi.org/10.29193/rmu.36.4.9>
5. Wang Y, Yang J, Ma H, Dong X, Xie G, Ye S, et al. Application of telemedicine in the COVID-19 epidemic: An analysis of Gansu Province in China. PLoS One [Internet]. 2021;16(8):e0249872. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249872>
6. Phimphasone-Brady P, Chiao J, Karamsetti L, Sieja A, Johnson R, Macke L, et al. Clinician and staff perspectives on potential disparities introduced by the rapid implementation of telehealth services during COVID-19: a mixed-methods analysis. Transl Behav Med [Internet]. 2021;11(7):1339-1347. doi: <https://doi.org/10.1093/tbm/ibab060>
7. Mahtta D, Daher M, Lee MT, Sayani S, Shishebor M, Virani SS. Promise and Perils of Telehealth in the Current Era. Curr Cardiol Rep [Internet]. 2021;23:115. doi: <https://doi.org/10.1007/s11886-021-01544-w>
8. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Indicadores básicos de tenencia y uso de Tecnologías de la Información y Comunicación – TIC en hogares y personas de 5 y más años de edad Departamental Año 2018 [Internet]. Bogotá: DANE; 2019 [citado 27 de agosto 2021]. Recuperado a partir de: [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/tic/bol\\_tic\\_hogares\\_departamental\\_2018.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/tic/bol_tic_hogares_departamental_2018.pdf)
9. Martínez-García M, Bal-Alvarado M, Santos-Guerra F, Ares-Rico R, Suárez-Gil R, Rodríguez-Álvarez A, et al. Telemedicina con telemonitorización en el seguimiento de pacientes con COVID-19. Rev Clin Esp [Internet]. 2020;220(8):472-479. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.013>
10. Reeves JJ, Hollandsworth HM, Torriani FJ, Taplitz R, Abeles S, Tai-Seale M, et al. Rapid Response to COVID-19: health informatics support for outbreak management in an academic health system. J Am Med Inform Assoc [Internet] 2020;27(6):853-859. doi: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa037>