

TELEMEDICINA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PERSONAL MÉDICO DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN URUGUAY



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Investigadores:

Br. Berisiarte¹ Br. Dubusceac¹ Br. Gamou¹ Br. Garabedian¹ Br.
Llambí¹ Br. Siris¹

Orientadoras:

Prof. Agda. Dra. Ima León² Asist. Dra. Regina Guzmán²

- 1- Ciclo de Metodología Científica II 2022-Grupo 17. Facultad de Medicina-
Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- 2- Departamento de Medicina Preventiva y Social -Facultad de Medicina-
Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Tabla de contenido

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	10
METODOLOGÍA	11
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN	17
CONCLUSIONES	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
ANEXOS	23
CONSENTIMIENTO INFORMADO Y HOJA DE INFORMACIÓN DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES MÉDICOS	23
ENCUESTA	25

Índice de tablas

- Tabla N°1. Características de la población encuestada
- Tabla N°2. Percepción del uso de herramientas de TM
- Tabla N°3. Uso de TM previo a la pandemia según grupo de edad
- Tabla N°4. Grado de satisfacción con el uso de la TM según grupo de edad y subsector de desempeño laboral
- Tabla N°5. Grado de satisfacción con el uso de la TM según atributos vinculados a la experiencia con la herramienta
- Tabla N°6. (Anexos): Operacionalización de variables

Resumen

A propósito de la pandemia de COVID- 19 se llevaron a cabo cambios en la modalidad de atención médica vinculados a la situación sanitaria y epidemiológica del país, con el fin de evitar la circulación de personas, y el empeoramiento de la situación sanitaria a nivel nacional, haciendo un uso eficiente de los recursos. En este contexto se utilizó de forma intensiva la Telemedicina.

Objetivo: Describir el grado de satisfacción de los médicos con el uso de herramientas de telemedicina en la consulta ambulatoria durante la pandemia de COVID -19.

Metodología: Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo transversal con recolección de datos mediante encuesta. La técnica de muestreo utilizada fue no probabilística por bola de nieve. La población encuestada fueron profesionales médicos que se desempeñaban en el ámbito de consulta ambulatoria no urgente, en el interior, o en Montevideo, especialistas y generales. La satisfacción se midió en una escala de Likert del 1 a 5, donde 5 es el máximo.

Resultados: 119 profesionales respondieron la encuesta, de los cuales aproximadamente 80% eran mujeres, el 50% eran menores de 47 años y 67% residían en Montevideo. El 52% se desempeñaban en el ámbito público y privado y el 30% en el ámbito privado exclusivamente. Se constataron dificultades en el uso de herramientas de Telemedicina (74%), fundamentalmente en calidad de la atención percibida, tiempo durante la consulta, adecuada relación médico–paciente. En relación al uso de la telemedicina aproximadamente el 95% reportó un nivel entre medio y alto de satisfacción.

Conclusiones: La pandemia de COVID-19 impuso la incorporación de tecnologías en Telemedicina de forma precipitada, mientras que el 72% no habían utilizado previamente esta herramienta, se detectaron dificultades en el uso, no obstante, han reportado niveles de satisfacción medio–alto durante su utilización durante la emergencia sanitaria. La implementación de la TM puede mejorar la accesibilidad a la atención médica, generando un uso eficiente de los recursos en salud.

Palabras clave: Telemedicina, Telesalud, Uruguay, COVID 19, Atención médica

Summary:

Regarding the Covid-19 pandemic several changes were implemented in the medical attention provided to patients as far as the sanitary and epidemiological situation we are concerned. In order to avoid the circulation of people and the worsening of the national sanitary situation, making efficient use of available resources. Within this context there was intensive use of telemedicine or medicine at a distance.

Objective: To describe the degree of satisfaction of the medical community regarding telemedicine at a distance with the available tools for ambulatory outpatients during the Covid-19 pandemic.

Methodology: A transversal and descriptive observational study was carried out with the collection of data through a poll or survey. The concrete sampling method or technique employed was snow-ball non-probabilistic. The population surveyed was the medical community. These were professional medical doctors dedicated to non-urgent non-emergency ambulatory medical consultations. In the countryside of Uruguay and also in the capital, Montevideo, specialists and general doctors. The data was quantified or classified according to the Likert scale from 1 to 5, where 5 is the maximum.

Results: 119 professionals answered and completed the survey. 80% were women, 50% were younger than 47 years of age and 67% had permanent residence in the capital, Montevideo. 52% worked in the public and private service while 30% worked in the private domain with exclusivity. Difficulties were manifested in the use of telemedicine at a distance tools in 74% of the cases, fundamentally in the quality of the service provided, the consultation time and appropriate doctor-patient relationship. In relation to telemedicine use about 95% reported a mid-high level of satisfaction.

Conclusions: The Covid-19 pandemic imposed haste in the incorporation of telemedicine technologies while 72% had never before made use of these technologies or tools. Even though difficulties were observed in the implementation of these new tools, mid-high levels of satisfaction have been found regarding their use during the medical emergency. The use of telemedicine-medicine at a distance can bring about an improvement in accessibility to medical attention producing a more efficient use of available resources.

Key words: Telemedicine, Telehealth, Uruguay, COVID 19, Medical Care

Introducción

A partir de la pandemia de COVID-19 se llevó a cabo un cambio en la modalidad de atención médica vinculada a la situación sanitaria y epidemiológica del país. En Uruguay, mediante la Ley 19.869 del 02/04/2020¹ se reguló la atención mediante el uso de telemedicina, por lo que se produjo un cambio en la atención a la salud, con el fin de evitar la circulación de personas en los servicios de salud, evitar el empeoramiento de la situación sanitaria a nivel nacional y hacer un uso eficiente de los recursos.

El 15 de marzo de 2020, en función de la declaración de la emergencia sanitaria nacional, la Junta Nacional de Salud (en adelante JUNASA) resolvió priorizar la atención presencial en situaciones cuya gravedad lo amerite exhortando a que el resto de consultas se realicen por vías alternativas como la TM².

El 04 de abril de 2020 se promulgó la Ley 19.869¹ que establece “(...) los lineamientos generales para la implementación y desarrollo de la telemedicina como prestación de los servicios de salud (...)”. También define el concepto de telemedicina, “...como la provisión de los servicios de atención sanitaria, donde la distancia es un factor crítico (...)”. Con esta ley, y en el contexto de la pandemia se comenzó a utilizar de forma más intensiva la telemedicina.

La crisis sanitaria impuso un cambio en la modalidad de la práctica clínica con el desafío de brindar atención a los usuarios de forma ágil y oportuna, y a su vez protegerlos de riesgos innecesarios. La Telemedicina (en adelante TM) mejoró la accesibilidad a la atención médica y la oportunidad de atención en zonas geográficas alejadas y/o en donde la demanda de atención es mayor por la gran concentración de población. Dentro de los beneficios se mencionan la potencialidad para la disminución de los tiempos de espera en la atención, mejora de la calidad del servicio, reducción de los costos de transporte y la disminución de los riesgos profesionales³⁻⁴.

La TM está contenida dentro del concepto de la Telesalud, que es el uso de tecnologías para la atención médica a distancia, ya sea por videollamada, llamada telefónica, así como también la interconsulta o el monitoreo de salud en distintas situaciones⁵. Sin embargo, el uso de la TM no está exento de riesgos y limitaciones vinculados a la naturaleza del servicio, el uso de la información personal, el posible incumplimiento de los principios de confidencialidad y privacidad y la falta de aceptabilidad de parte de algunos médicos y pacientes, los que configuran elementos

a analizar en vistas a la implementación y aplicación de dichos servicios una vez superada la actual pandemia⁴.

La pandemia aceleró la incorporación de la TM; motivando la necesidad de generar recomendaciones de buenas prácticas a nivel internacional a través de distintas organizaciones, para facilitar el acceso a la atención médica y de esta forma enfrentar los problemas de salud de la población⁴⁻⁶.

Antecedentes

Los principales antecedentes internacionales, se ubican a partir del año 2005 durante la 58° Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que aprueba la resolución⁷ definiendo a la *eSalud* como “el uso coste-efectivo y seguro de las Tecnologías de la Información y Comunicación en apoyo de la salud y de los ámbitos relacionados con la salud, incluyendo los servicios de atención sanitaria, vigilancia de la salud, literatura y educación, conocimiento e investigación”. Las llamadas Tecnologías de la Información y Comunicación (en adelante TICs) tratan de recoger, almacenar y analizar de una forma eficiente toda la información que se genera en los procesos de atención a la salud, para compartirla y poder evolucionar del dato a la información y posteriormente al conocimiento⁸. Las TICs han determinado el inicio de una era que enmarca el uso de las tecnologías en el área de la salud⁹.

La “*CiberSalud*” es “la aplicación de Internet y otras tecnologías en la industria de la salud para aumentar el acceso, la eficacia, la eficiencia y calidad de los procesos clínicos utilizadas por las organizaciones de salud, médicos, pacientes y consumidores en un esfuerzo por mejorar el estado de salud de los pacientes”⁸⁻⁹.

La TM forma parte de lo que se ha denominado como *eSalud*, fue definida por la OMS⁸ como la prestación de servicios de atención de la salud, donde la distancia es un factor crítico, utilizando TICs por parte de los profesionales de la salud. Se utilizan TICs para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación, y para la formación continuada de los profesionales de la salud, todo en aras de avanzar en la salud de los individuos y sus comunidades⁷⁻⁸⁻⁹.

Existe consenso internacional en que el término TM se refiere a los aspectos clínicos de la Telesalud (prevención - diagnóstico - tratamiento - monitoreo - rehabilitación - educación), vinculado a la práctica médica realizada a distancia, en tiempo real o diferido, donde uno de los actores es integrante del equipo de la salud y el otro es un médico o paciente, o ambos⁴⁻⁸.

En una primera instancia la TM fue desarrollada para facilitar el acceso a los servicios de salud en poblaciones distantes³⁻⁵⁻⁸. Con el tiempo, fue introducida como herramienta para la formación de profesionales de la salud que residieron o ejercieran sus tareas fuera de la zona de centralización de los servicios de salud más importantes, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de la atención de la salud y así favorecer la toma de decisiones⁵.

La utilización de las herramientas de TM durante la pandemia aumentó en la mayoría de los países del mundo, y con diferentes objetivos según sus características demográficas y poblacionales, llevando a un aumento exponencial de su uso y desarrollo. Una muestra de ello son las publicaciones que comentaremos a continuación:

En España se destaca el artículo *“Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic”* (Vidal-Adaballet *al.* 2020)¹⁰. Particularmente, en el sistema público de atención primaria se implementó un servicio de llamadas telefónicas en la región de Catalunya dirigidas a constatar la presencia de sintomatología en los usuarios y poder advertir cualquier elemento de gravedad que requiera atención presencial. Se asoció a este servicio, el uso de sistemas de información vinculados a la prescripción electrónica de medicamentos, certificación laboral y visualización de resultados de paraclínica.

En Alemania, la Facultad de Medicina de Berlín, con el fin de hacer seguimiento y tratamiento a los usuarios de patologías crónicas y a partir de las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología, aumentó las teleconsultas durante la pandemia¹¹. La eficacia de esta medida se vio reflejada en la disminución de la mortalidad y la mejoría en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca¹².

En Estados Unidos¹⁰, se brindaron servicios de TM sin costo adicional a todos los ciudadanos que contaban con cobertura en salud, priorizando a la población más añosa para evitar su contagio durante la pandemia. El artículo titulado *“Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19”* (2020)¹³, los autores plantean que los prestadores de salud con más experiencia en el uso de TM previo a la

pandemia, han tenido que colaborar de forma rápida e imprevista con aquellos que no la usaron previamente. La estrategia que más impacto ha generado consistió en que se clasificaran a los pacientes mediante una llamada telefónica, de modo de poder brindarles el servicio que más se adecuaba a su estado de salud y sus comorbilidades e identificar a quiénes tenían clínica sugestiva de infección por COVID-19, denominada *“forward triage”*. Se incorpora el uso de TM en áreas de cuidados intensivos, así como consultas a distancia con subespecialistas. Como último recurso, algunas consultas a distancia han sido brindadas por profesionales que se encontraban en cuarentena tras la exposición al virus. Esto fue de gran importancia, debido a la gran incidencia de casos dentro del personal sanitario. De acuerdo a la evidencia, algunos de los servicios que han reportado experiencias exitosas son Jefferson Health, Mount Sinai, Kaiser Permanente, Cleveland Clinic y Providence.

En China, primer país afectado por el virus SARS CoV-2, la TM había sido previamente utilizada durante situaciones de desastres y emergencias de salud pública. De acuerdo al trabajo *“Telemedicine Experience in China: Our Response to the Pandemic and Current Challenges”* (2020)¹⁴, al desarrollarse los primeros casos de la enfermedad, cuando aún estaba confinada a la provincia de Hubei, la TM se aplicó para brindarle atención a quiénes se encontraban más graves. De los pacientes atendidos bajo esta modalidad, no se registró ningún fallecimiento. La TM se utilizó en regiones del país menos desarrolladas o con un menor acceso a los servicios de salud. Se crearon grupos interdisciplinarios de atención a distancia para obtener mejores resultados en pacientes críticos. También se conectó a profesionales del primer nivel de atención con expertos de hospitales, para poder discutir casos clínicos, resultados de estudios de imagen y laboratorio y poder establecer así los diagnósticos. Con dichas medidas, no solo se evitó un mayor número de contactos, sino que se redujeron los costos para el sistema sanitario. Cabe destacar, que en este país también se implementaron consultas a distancias con psicólogos, cuya función fue intentar disminuir los niveles de ansiedad y estrés entre los profesionales sanitarios de primera línea.

En Argentina¹, la Sociedad Mutual de Protección Familiar realizó un estudio durante 2020 denominado *“Sistemas de optimización a consultas médicas”*. Se destaca que en el año 2019 un 12% de las consultas médicas eran teleconsultas, un 2% de las recetas para los medicamentos eran

virtuales y un 40% de la prescripción de estudios era realizada en forma virtual, y 2020 estas cifras ascendieron a 82%, 98% y 60% respectivamente¹.

Según el estudio realizado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (2020) “Consulta médica virtual asistida: Teleconsulta”¹, en abril del año 2020 se realizaron 320 consultas, en mayo del mismo año el número ascendió a 1.159.

En Perú – el Seguro Social de Salud (EsSalud), en 2020, publicó¹, que en el año 2020 el 96% de las redes asistenciales y prestacionales se encontraron desarrollando procesos de teleconsulta, situación de la cual no se tiene registro previo a la pandemia.

En México, de acuerdo a los reportes brindados por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)¹, en 2019 se evitaron 20.651 traslados que representaron más de 8 millones de pesos mexicanos. En el año 2020, los traslados evitados se incrementaron 32.990 que representaron un ahorro aproximado de 18 millones.

En Uruguay se hallaron como antecedentes una revisión narrativa sobre la “Telemedicina: su rol en las organizaciones de salud” Chá, M. (2020)¹⁵ y un estudio descriptivo sobre “Salud y acceso a cuidados médicos durante la pandemia en Uruguay” realizado por Ferre, Z. *et al* (2021)¹⁶, cuyo objetivo fue: analizar diferentes aspectos de la TM tales como: definirla, precisar el término telesalud, indagar sobre la satisfacción de los usuarios y cómo podría mejorar la calidad de atención. También se buscaba en el estudio conocer su utilidad en las organizaciones de salud.

Conocer el grado de satisfacción con la utilización de TM por parte de los profesionales médicos que se desempeñan en la consulta ambulatoria del SNIS, constituirá un elemento fundamental para planificar acciones. Permitirá también evaluar cómo fue la estrategia de implementación de este cambio en el proceso de atención, durante la crisis sanitaria.

¹International Social Security Association (ISSA). Disponible en: <https://www1.issa.int/es/analysis/telemedicina-buenas-practicas-en-america-latina> Consultado: 14/11/2022

Objetivos

Objetivo general

Describir la satisfacción con el uso de herramientas de telemedicina en la consulta de atención médica durante la pandemia de COVID -19.

Objetivos específicos

1. Categorizar las herramientas de telemedicina utilizadas en la consulta médica. Describir las diferencias entre especialidades y región geográfica.
2. Conocer el grado de satisfacción de los profesionales médicos con el servicio durante la pandemia de COVID–19.
3. Describir las dificultades identificadas por los médicos en el uso de la telemedicina.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional descriptivo transversal con recolección de datos mediante encuesta.

La población de estudio fueron los profesionales médicos que se encontraban en actividad al momento de la encuesta.

Se realizó un muestreo no probabilístico por bola de nieve. Se formó una red de contactos a partir de colaboradores clave iniciales, que fuesen profesionales médicos con alguna combinación de las siguientes características: trabajadores del ámbito de consulta ambulatoria no urgente, que se desempeñan en el interior, en Montevideo, de medicina general o especialistas.

Se elaboró un cuestionario de 22 preguntas que incluyó aspectos generales (edad, sexo, entre otros) así como relacionados al uso de telemedicina, capacitación, satisfacción, tiempo empleado, acceso a herramientas, dificultades en la implementación (Ver Anexo). El cuestionario utilizado toma como principal referencia el artículo “Evaluación de satisfacción en la implementación de un nuevo sistema de telemedicina en el Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR) durante la pandemia de COVID-19”¹⁷. El cuestionario fue adaptado a las características del Sistema Nacional Integrado de Salud. Los criterios de inclusión para el estudio fueron, ser médico en ejercicio de la medicina y haber utilizado alguna herramienta de TM durante la pandemia de COVID-19 en Uruguay.

Se realizó la encuesta en formato digital y fue enviada por WhatsApp. Se definió el período entre el 8 de septiembre de 2022 al 16 de octubre del 2022 para realizar y enviar las respuestas.

Esta investigación fue aprobada para su realización por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina.

Resultados

La encuesta fue completada por un total de 122 médicos, de los cuales 119 cumplían con los criterios de inclusión. Como se observa en la Tabla 1 hubo un predominio de encuestados de sexo femenino (79,8%), menores de 47 años (51,3%) y de Montevideo (67,2%).

Tabla Nº1. Características de la población encuestada

Características n=119 (%)	N	Frec. Rel. (%)
Sexo		
Femenino	95	79,8
Masculino	24	20,2
Categorías de edad (en años)		
De 27 a 47	61	51,3
De 48 a 67	58	48,7
Departamento de residencia		
Montevideo	80	67,2
Interior	39	32,8
Especialidad		
Médica	104	87,4
Quirúrgica	8	6,7
Otras	7	5,9
Subsector de trabajo		
Ambos	62	52,1
Privado	35	29,4
Público	22	18,5

Elaboración propia

En la encuesta hubo mayor participación de médicos vinculados a especialidades médicas (87,4%), aproximadamente la mitad reportó trabajar en ambos subsectores (52,1%) del Sistema de Salud.

En cuanto a la percepción del uso de herramientas de TM durante la pandemia (ver Tabla 2), el 64% considera que mejoró el acceso a la atención médica. El 34,5% manifestó que hubo un aumento real en el uso de la tecnología, aunque en su mayoría (68%) los encuestados refieren que no contaron con formación del prestador donde se desempeñaban. Aproximadamente al 50% la adaptación a la herramienta le resultó sencilla y el otro 50% manifestó diferente grado de dificultades con la adaptación.

Tabla N°2. Percepción del uso de herramientas de TM

Características n=119 (%)	N	Frec. Rel. (%)
Uso de TM previo a la pandemia		
No	86	72,3
Si	33	27,7
Incremento en las consultas por uso de TM		
Si	41	34,5
No	54	45,4
No sabe/no responde	24	20,2
Mejora en el acceso a la atención		
Si	76	63,9
No	32	26,9
Tal vez	9	7,5
No sabe/no responde	2	1,7
Oferta de formación		
No	81	68,1
Si	27	22,7
Sí, pero no realicé cursos	11	9,2
Adaptación al uso de herramientas		
Sencilla	59	49,6
Intermedia	48	40,3
Compleja	6	5,0
Otra	3	2,5
No sabe/no responde	3	2,5
Cantidad de dificultades para uso de herramientas de telemedicina		
Ninguna	29	24,4
Una	56	47,0
Dos	22	18,5
Tres	3	2,5
Cuatro	2	1,7
No sabe/No responde	7	5,9
Satisfacción con el resultado de las consultas (1 es nada satisfecho y 5 es muy satisfecho)		
Uno	0	0
Dos	5	4,2
Tres	57	47,9
Cuatro	50	42,0
Cinco	7	5,9

Elaboración propia

Un 72% de los encuestados refirió no haber utilizado TM previo a la pandemia. Aproximadamente la cuarta parte (24,4%) manifestó no haber tenido dificultades con la herramienta. Sin embargo, los niveles de satisfacción reportados sobre el uso de TM durante la pandemia fueron mayoritariamente medios o altos (95,8%).

Tabla N°3. Uso de TM previo a la pandemia según grupo de edad

Grupo de edad (en años)	Uso de TM previo a la pandemia	Uso de TM previo a la pandemia	Total
	Si: n=33 (27,3%)	No: n=86 (72,3%)	
De 27 a 47	17 (27,9 %)	44 (72,1%)	61 (100%)
De 48 a 67	16 (27,6%)	42 (72,4%)	58 (100%)
Total	33 (27,7%)	86 (72,3%)	119 (100%)

Elaboración propia

Como se observa en la Tabla 3, la utilización de herramienta de TM previo a la pandemia no se relacionó de forma estadísticamente significativa con la edad.

No se observó una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción con el uso de TM durante la pandemia y grupo de edad ni subsector de actividad laboral (Tabla 4).

Tabla N°4. Grado de satisfacción con el uso de la TM según grupo de edad y subsector de desempeño laboral.

Características n=119 (%)	Satisfacción 2 o 3 n=62 (52,1%)	Satisfacción 4 o 5 n=57 (47,9%)
Grupos de edad (en años)		
De 27 a 47	31 (50,0)	30 (52,6)
De 48 a 67	31 (50,0)	27 (47,4)
Subsector de trabajo		
Ambos	29 (46,8)	33 (57,9)
Privado	21 (33,9)	14 (24,6)
Público	12 (19,4)	10 (17,7)

Elaboración propia

Se analizó en grado de satisfacción como una variable dicotómica (valores bajos niveles 2 y 3) y (valores altos niveles 4 y 5) según distintos atributos vinculados a la experiencia del uso de TM durante la pandemia (Tabla 5).

Dentro de los profesionales que reportaron mejores niveles satisfacción el 74% manifestó diferencias en la calidad de atención por TM vs presencial, mientras que en el grupo de los menos satisfechos 35,5% encontraron diferencias en la calidad.

Los menos satisfechos presentaron además un grado de dificultad mayor (compleja e intermedia) en la adaptación al uso de la herramienta (37%), mientras que en los más satisfechos el 70% manifestó que la adaptación le resultó sencilla.

Para el grupo que presentó mayor satisfacción con la herramienta un 76% coincidió en que el tiempo de la consulta era suficiente mientras que en el grupo de los menos satisfechos el 56% manifestó que el tiempo era suficiente.

La mayoría de los encuestados, aproximadamente el 80% no manifestó dificultades debido a que la institución no brindara las herramientas necesarias, fenómeno que no mostró diferencias según el grado de satisfacción.

Mientras que el 85% de los satisfechos manifestó no tener dificultades en el uso de TM vinculadas a su especialidad en el grupo de los menos satisfechos no manifestó dificultades en el 67% de los casos.

En cuanto a la afectación de la relación médico-paciente, el 20% de los satisfechos encontró dificultades mientras que el 42% de los no satisfechos señaló afectación de dicha relación.

Aproximadamente el 90% de los encuestados no manifestó dificultades en relación al acceso a la historia clínica, fenómeno que no mostró diferencias según el grado de satisfacción. Este fenómeno se repite en relación a la adecuación del espacio físico. Prácticamente no hubo dificultades en relación al acceso a internet. Mostraron mayor dificultad con la herramienta (84%) quienes estaban menos satisfechos.

Tabla N°5. Grado de satisfacción con el uso de la TM según atributos vinculados a la experiencia con la herramienta

Atributos vinculados a la experiencia con TM n=119 (%)	Satisfacción 2 o 3 n=62 (52,1%)	Satisfacción 4 o 5 n=57 (47,9%)
Diferencias en la calidad de atención en consulta con TM comparada con atención presencial		
Si/a veces: 64 (53,8%)	22 (35,5)	42 (73,7)
No hay diferencia: 55 (46,2%)	40 (64,5)	15 (26,3)
Adaptación al uso de herramientas de telemedicina		
Compleja: 6 (5,0%)		1 (1,8)
Intermedia: 48 (40,4%)	5 (8,1)	16 (28,1)
Sencilla: 59 (49,6%)	32 (51,6)	39 (68,4)
Otra: 6 (5,0)	20 (32,3)	1 (1,8)
	5 (8,1)	
Suficiencia del tiempo durante la consulta		
Siempre: 11 (9,2%)	3 (4,8)	8 (14,0)
La mayoría de las veces: 69 (58%)	33 (52,2)	36 (62,2)
La minoría de las veces, eventualmente o nunca: 39 (38,8%)	26 (41,9)	13 (22,8)
Dificultad en el Uso de TM debido a que la institución No brindó las herramientas adecuadas (n=112)		
No: 91 (81,2%)	47 (82,5)	44 (80)
Si: 21 (18,8%)	10 (17,5)	11 (20)
Dificultad en el Uso de herramientas debido a que la especialidad no le permite desarrollar una consulta virtual adecuadamente (n=112)		
No: 85 (75,9%)	38 (66,7)	47 (85,5)
Si: 27 (24,1%)	19 (33,3)	8 (14,5)
Dificultad en el Uso de herramientas debido a que No se puede establecer una buena relación médico-paciente (n=112)		
No: 77 (68,8%)	33 (57,9)	44 (80)
Si: 35 (31,2%)	24 (42,1)	11 (20)
Dificultad en el Uso de herramientas debido a que No tenía acceso a la historia clínica (n=112)		
No: 102 (91,1%)	52 (91,2)	50 (90,9)
Si: 10 (8,9%)	5 (8,8)	5 (9,1)
Dificultad en el Uso de herramientas debido a que No disponía de espacio físico adecuado (n=112)		
No: 96 (85,7%)	50 (87,7)	46 (86,6)
Si: 16 (14,3%)	7 (12,3)	9 (16,4)
Dificultad en el Uso de herramientas debido a que No contaba con red WIFI (n=112)		
No: 103 (92,0%)	55 (96,5)	48 (87,3)
Si: 9 (8,0%)	2 (3,5)	7 (12,7)
Dificultad en el Uso de herramientas de telemedicina (n=112)		
Ninguna: 29 (25,9%)	9 (15,8)	20 (36,4)
Alguna/s: 83 (74,1%)	48 (84,2)	35 (63,6)

Elaboración propia

Discusión

Al igual que en el resto del mundo, en Uruguay se observó un aumento importante del uso de TM durante la pandemia, de los profesionales que utilizaron estas herramientas el 72%.

En este estudio se indagó únicamente la utilización de TM en el ámbito de la consulta externa no considerándose otros aspectos como por ejemplo seguimiento de población según patologías o el tamizaje para atención de emergencia domiciliaria o seguimiento de egresos hospitalarios, certificaciones médicas o receta electrónica, como se observó en la literatura consultada^{10,12}.

Tampoco se consideró el uso de herramientas de estrategias en TM para el cumplimiento de funciones de vigilancia epidemiológica como la detección oportuna de casos¹⁴.

A diferencia de otros casos publicados, como por ejemplo Perú¹, donde existía un alto porcentaje de utilización de TM en consultas, en Uruguay un 72% de los encuestados no tenía experiencia previa a la pandemia.

A pesar de la poca experiencia anterior el índice de satisfacción con la herramienta en la consulta fue predominantemente medio y alto, no encontrándose diferencias en función de la edad, residencia en el interior, especialidad o subsector de actividad laboral.

Las mayores dificultades en cuanto al uso de TM se relacionaron con la adecuada relación médico-paciente y el tiempo de consulta asignado para esta modalidad.

Una limitación del estudio fue el tipo de técnica de muestreo utilizada que haber introducido sesgos en cuanto a la especialidad, edad y distribución espacial de los profesionales.

Conclusiones

Destacamos la dificultad en la investigación sobre estos tópicos por la gran diversidad tecnológica, clínica y social. La pandemia COVID-19 ha facilitado la incorporación de esta tecnología e incluso le ha dado un marco legal. En este contexto y a futuro se abre una interesante oportunidad para profundizar en la investigación sobre este tema en nuestro país.

Este auge en la TM y en la telesalud en el contexto de la pandemia COVID-19 puede contribuir en la mejora de los diferentes servicios de salud en la medida en que su uso sea planificado en función de los recursos y las necesidades de los usuarios y la organización. La implementación de esta modalidad de atención en el interior del país puede mejorar la accesibilidad a la atención médica en los diferentes niveles de atención con un menor gasto de tiempo y dinero para los pacientes y las organizaciones. Es imprescindible mantener una fuerte relación entre el equipo de salud/organización y el paciente en la implementación de esta herramienta, para que contribuya a la calidad de asistencia y a la eficiencia de las organizaciones sanitarias. Para ello se deberá tener en cuenta el grado de satisfacción de los profesionales, el tiempo de la consulta asignado a esta modalidad, herramientas para fortalecer la relación médico-paciente y otras eventuales dificultades que pudieran surgir y que no fueron objeto de esta investigación como por ejemplo el cuidado en la privacidad de la consulta tanto para garantizar las condiciones al usuario como al médico.

Perspectivas

En primer lugar, seguir profundizando en la capacitación del personal resulta relevante en vistas a que la TM (que si bien fue en auge durante la pandemia por COVID-19) ya se encontraba en uso previo a la pandemia y aún superada la misma sigue siendo utilizada.

No se puede ignorar que la globalización, el acceso a internet y dispositivos tecnológicos, así como la tecnologización de la sociedad son un hecho. Por lo que se debe asegurar el aprendizaje para su introducción en el proceso de atención médica.

Se deberá tener en cuenta la creación de una guía de Buenas Prácticas en el uso de la Telemedicina, que sirva como apoyo para los profesionales de la salud que se incorporan a dicha modalidad.

Referencias bibliográficas

1. Aprobación de los lineamientos generales para la implementación y desarrollo de la telemedicina como prestación de los servicios de salud. Ley N° 19869 del 02 de abril de 2020. [Internet]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19869-2020#:~:text=La%20presente%20ley%20tiene%20por,informaci%C3%B3n%20y%20de%20la%20comunicaci%C3%B3n> [citado el 26 de mayo de 2022].
2. Ministerio de Salud Pública. Junta Nacional de Salud. Resolución N° 2: Medidas COVID-19. [Internet]. Montevideo, 2020. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/N%C2%B0%202%20MEDIDAS%20COVID_19%20JUNASA.pdf [citado el 26 de mayo de 2022].
3. Institute of Medicine. The role of telehealth in an evolving health care environment: workshop summary [Internet]. Washington, DC: The National Academies Press; 2012. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207145> [citado el 26 de mayo de 2022].
4. Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS). Telemedicina y Telesalud durante la epidemia de COVID-19 en Chile: Guía de Buenas Prácticas y Recomendaciones. [Internet]. Chile: CENS; 2020. Disponible en: <https://cens.cl/guia-de-buenas-practicas-y-recomendaciones-en-telemedicina/> [citado el 26 de mayo de 2022].
5. Organización Panamericana de la Salud. Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina [Internet]. Washington DC: OPS; 2016. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28413/9789275319031_spa.pdf?sequence=6 [citado el 26 de mayo de 2022].
6. Organización Panamericana de la Salud. Covid-19 y Telemedicina: Herramienta de medición del nivel de madurez de las instituciones de salud para implementar servicios de telemedicina. [Internet]. Washington DC: OPS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/herramienta-medicion-nivel-madurez-instituciones-salud-para-implementar-servicios> [citado el 26 de mayo de 2022].
7. Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA58.28. Cibersalud. Ninth plenary meeting, Committee A, seventh report; 2005. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/23104/WHA58_28-sp.pdf?sequence=1 [citado el 26 de mayo de 2022].
8. Organización Mundial de la Salud. Telemedicine. Opportunities and developments in member states. Report on the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth series. Volume 2. OMS; 2010. Disponible en: http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf
9. De Fátima Dos Santos A, Fernández A. Desarrollo de la telesalud en América Latina: aspectos conceptuales y estado actual [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2013. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35469/S2013129_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y [citado el 26 de mayo de 2022].
10. Vidal J, Acosta R. Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic. Aten Primaria. 2020 Jun-Jul;52(6):418-422. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7164871/> [citado el 11 de noviembre de 2022].
11. Köhler F. How to manage patient with chronic conditions remotely? Charité– Universitätsmedizin Berlin, Alemania. COCIR - Digitalisation of healthcare: The new normal. 2020. [Internet]. Disponible en:

- https://www.cocir.org/fileadmin/Events_2020/Digitalisation_16_Nov/3_COCIR_event_16_Nov_2020_-_F_Koehler.pdf [citado el 09 de noviembre de 2022]
12. Negreiro M. The rise of digital health technologies during the pandemic. European Parliamentary Research Service. [Internet]. Disponible en: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2021/690548/EPRS_BRI\(2021\)690548_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2021/690548/EPRS_BRI(2021)690548_EN.pdf) [citado el 31 de octubre de 2022].
 13. Hollander E, Brennan G. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. N Engl J Med 2020; 382:1679-1681. [Internet]. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2003539> [citado el 04 de noviembre de 2022].
 14. Wang Y, Li B, Liu L. China: Telemedicine Experience in China: Our Response to the Pandemic and Current Challenges. Front Public Health. 2020. [Internet]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7793949/> [citado el 09 de noviembre de 2022].
 15. Ghiglia C, Mercedes M. Telemedicina Su rol en las organizaciones de salud. Rev Med Urug (Montev) [Internet]. 2020; 36(4):185–203. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902020000400185 [citado el 26 de mayo de 2022].
 16. Ferre Z, Gerstenblüth M, et al. Salud y acceso a cuidados médicos durante la pandemia en Uruguay. Rev Med Urug (Montev) [Internet]. 2021;37(3): e37307. Disponible en: <https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/742> [citado el 26 de mayo de 2022]
 17. García-Huidobro F, Willson Matías, et al. Evaluación de satisfacción en la implementación de un nuevo sistema de telemedicina en el Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR) durante la pandemia de COVID-19. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 2020; 80(4), 403-410. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162020000400403> [citado el 26 de mayo de 2022].
 18. Roig Francesc, Saigí Francesc. Dificultades para incorporar la telemedicina en las organizaciones sanitarias: perspectivas analíticas. Gac Sanit [Internet]. 2009 Abr ; 23(2): 147e1-147e4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000200013&lng=es [citado el 26 de octubre de 2022].
 19. Prados J. Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia. [Internet]. 2013. Vol. 45. Núm. 3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-telemedicina-una-herramienta-tambien-el-S0212656712003484> [citado el 26 de octubre de 2022].
 20. Lamper MP, Molina R. Telemedicina: desafíos para su instalación en la atención primaria. Asesoría Técnica Parlamentaria [Internet]. 2013. Documento Frontera Nro. 02. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/33507/1/BCN_Informe_frontera_2_telemedicina.pdf [citado el 26 de octubre de 2022].
 21. Cáceres E, Castro S, et al. Telemedicina: historia, aplicaciones y nuevas herramientas en el aprendizaje. Universitas Médica, vol. 52, núm. 1, enero-marzo, 2011, pp. 11-35. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia [Internet]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231019866002.pdf> [citado el 11 de noviembre de 2022].
 22. Declaración de estado de emergencia nacional sanitaria como consecuencia de la pandemia originada por el virus Covid-19 (Coronavirus). Decreto N° 93/020 del 13 de marzo de 2020 [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/93-2020> [citado el 26 de mayo de 2022]
 23. Goñi M, Medina F, et al. Desgaste profesional y caracterización de las condiciones laborales de especialistas y posgrados en Medicina Interna. Rev. Méd. Urug. 2015. 31 (1), 39-45. Disponible en:

- http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000100006&lng=es&tlng=es [citado el 26 de mayo de 2022].
24. Manzini Jorge Luis. DECLARACIÓN DE HELSINKI: PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE SUJETOS HUMANOS. Acta bioeth. [Internet]. 2000; 6(2): 321-334. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200010&lng=es [citado el 26 de mayo de 2022].
 25. Aprobación del proyecto elaborado por la Comisión Nacional de Ética en Investigación vinculada a la Dirección General de la Salud, referida a la investigación en seres humanos. Decreto N° 158/19 del 03 de junio de 2019 [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019>
 26. Ley de Protección de Datos Personales. Ley N° 18331. Montevideo; 2008 [Internet]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008> [citado el 26 de mayo de 2022].
 27. ONU: Asamblea General, Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 Diciembre 1948, 217 A (III). [Internet]. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/47a080e32.html> [citado el 30 de mayo de 2022].
 28. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. 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. [Internet]. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf [citado el 30 de mayo de 2022].
 29. Khan S, Llinas E, et al. The telemedicine experience: using principles of clinical excellence to identify disparities and optimize care. Medicine: 2022; Volume 101 - Issue 10 - p e29017. Disponible en: https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2022/03110/The_telemedicine_experience_using_principles_of.25.aspx [citado el 11 de noviembre de 2022].
 30. Márquez V Juan Ricardo. Teleconsulta en la pandemia por Coronavirus: desafíos para la telemedicina pos-COVID-19. Rev Col Gastroenterol [Internet]. 2020; 35 (Supl 1): 5-16. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572020000500005&lng=en [citado el 11 de noviembre de 2022].

Agradecimientos:

A la Universidad de la República, que nos permitió transitar el camino hacia nuestros sueños. A nuestras familias y amigos que nos dieron las herramientas y la sabiduría para alcanzarlos, y a Ima, Regina y Fiorella que con su cariño y apoyo nos permitieron cerrarlo con broche de oro.

Anexos

Consentimiento informado y hoja de información dirigida a los profesionales médicos

a) Hoja de información para los sujetos de investigación:

A partir de la pandemia de COVID - 19 se llevó a cabo un cambio de paradigma en la modalidad de atención médica vinculada a la situación sanitaria y epidemiológica del país. En Uruguay, mediante la Ley 19.869 del 02/04/2020¹ que regula la atención mediante el uso de herramientas de telemedicina, por lo que se produjo un cambio en la atención a la salud, con el fin de evitar la circulación de personas en los servicios de salud, hacer un uso eficiente de los recursos y evitar el empeoramiento de la situación sanitaria a nivel nacional.

En el marco del curso obligatorio de Metodología Científica II de la carrera Dr. en Medicina de la Facultad de Medicina, junto con el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la misma institución, el grupo de estudiantes número 17 ha desarrollado la investigación *“Telemedicina desde la perspectiva del personal médico durante la pandemia de COVID-19 en Uruguay”*.

La investigadora principal responsable de dicho proyecto será la Prof. Agda. Dra. Ima León, del departamento antes mencionado.

El objetivo del presente trabajo es investigar el uso y satisfacción por parte de los profesionales médicos respecto a las herramientas de Telemedicina utilizadas durante la pandemia de COVID - 19.

La encuesta será anónima se aplicará mediante preguntas múltiple opción, tendrá una duración aproximada de entre 5 y 8 minutos. Los datos recabados serán utilizados de forma exclusiva por los investigadores y para los fines descritos.

El protocolo de este estudio fue presentado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina UdelaR.

El consentimiento informado será la primera hoja de la encuesta electrónica autoadministrada. Los médicos participantes de la investigación podrán aceptar y continuar con la encuesta, o rechazarlo y que esta finalice.

b) Consentimiento Informado

He sido invitado a participar en la investigación *“Telemedicina desde la perspectiva del personal médico durante la pandemia de COVID-19 en Uruguay”*.

Entiendo que no recibiré ningún beneficio, pago o compensación a cambio por participar de esta encuesta. Los datos obtenidos serán utilizados con el único fin de describir la utilización de la telemedicina, sin que esto afecte mi persona o mi lugar de trabajo. He leído la hoja de información, estoy en conocimiento de que podré tomarme el tiempo necesario para responder a dicha encuesta, he tenido el espacio de hacer preguntas a los investigadores que han sido respondidas satisfactoriamente, conozco que durante el proceso de aval del consentimiento informado podré realizar preguntas específicas o comunicarme con otras personas que considere necesario y comprendo que puedo retirarme en cualquier momento sin brindar un motivo. Por lo cual consiento voluntariamente a participar de este estudio.

Acepto

No acepto

Encuesta

Referencia principal, la adaptación del artículo “Evaluación de satisfacción en la implementación de un nuevo sistema de telemedicina en el Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR) durante la pandemia de COVID-19” ¹⁶

I) Generales:

1. Edad
2. Sexo (biológico: femenino - masculino),
3. Departamento de residencia, (lista 19 departamentos)
4. Especialidad médica (listado especialidades médicas)
5. Sub sector de trabajo: público, privado, ambos
6. Año de egreso de Facultad de Medicina
7. Me encontraba en actividad laboral durante el periodo de pandemia
 - a) Si
 - b) No

II) Específicas:

8. ¿Ha utilizado herramientas de telemedicina previo a la pandemia de COVID-19?
9. ¿Usó herramientas de telemedicina durante el período de pandemia de COVID-19?
10. ¿Usted considera que las herramientas de telemedicina mejoraron el acceso a la atención de sus pacientes?
11. ¿Usted contó con oferta de formación/capacitación para el uso de las herramientas de telemedicina en alguna de las instituciones en las que se desempeña?
 - a) Si
 - b) Sí, pero no realicé los cursos.
 - c) No

Si responde que sí:

12. En qué áreas recibió capacitación (puede marcar más de una opción):
 - a) Uso de plataformas y herramientas informáticas
 - b) Aspectos médico legales
 - c) Aspectos éticos y confidencialidad
 - d) Historia Clínica Electrónica
 - e) Otro: _____
13. ¿Cómo considera que fue su adaptación al uso de las herramientas de telemedicina?
 - a) Sencilla
 - b) Compleja
 - c) NS/NC
14. ¿Qué dispositivo utilizó para realizar las consultas por TM? (puede marcar más de una opción)
 - a) Celular
 - b) Computadora
 - c) Tablet
 - d) Otro _____
15. Estos dispositivos pertenecían a:
 - a) La institución
 - b) Propios
 - c) Ambos
16. ¿Cuáles fueron las principales dificultades que identificó en el uso de herramientas de TM? (puede marcar más de una opción)

- a. Ninguna
 - b. No contaba con red Wi-Fi
 - c. No tenía acceso a la historia clínica
 - d. No disponía de espacio físico adecuado
 - e. La institución no me brindó las herramientas necesarias.
 - f. Mi especialidad no me permite desarrollar una consulta virtual adecuadamente.
 - g. No se pudo establecer una buena relación médico-paciente.
 - h. Otra: _____
17. ¿Considera que la calidad de la atención fue la misma que si hubiera sido una consulta presencial?
- a) Si
 - b) No
 - c) NS/NC
18. ¿El tiempo utilizado durante la consulta considera que fue suficiente?
- a) Si
 - b) No
 - c) NS/NC
19. En función de su experiencia previa, ¿considera que el uso de herramientas de telemedicina generó un incremento de consultas adicionales para el diagnóstico o tratamiento de un problema de salud?
- a) Si
 - b) No
 - c) NS/NC
20. ¿Qué tan satisfecho se siente con el resultado de la mayoría de las consultas? (Donde 1 es nada satisfecho y 10 es muy satisfecho):
21. De acuerdo a su actividad profesional, como imagina el uso de las herramientas de TM en el futuro:
- a) En igual frecuencia que durante la pandemia
 - b) Con menor frecuencia que durante la pandemia
 - c) Con mayor frecuencia que durante la pandemia
 - d) NS/NC

Tabla N°6. Operacionalización de variables

Nombre de variable	Definición de variable	Valores que puede asumir	Tipo de variable
Edad	Edad	25-70	Cuantitativa continua
Sexo	Sexo	Masculino, Femenino	Cualitativa nominal
Departamento en el que reside	Departamento en que reside el profesional médico	Artigas, Canelones, Cerro Largo, Colonia, Durazno, Flores, Florida, Lavalleja, Maldonado, Montevideo, Paysandú, Rio Negro, Rivera, Rocha, Salto, San José, Soriano, Tacuarembó, Treinta y Tres	Cualitativa nominal

Especialidad	Especialidad médica	Anestesiología, Cardiología, Cirugía, Cuidados Paliativos, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología. Geriatria, Ginecología, Hematología, Infectología, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Oftalmología, Oncología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría, Reumatología, Traumatología, Urología	Cualitativa nominal
Sub-sector de trabajo	Ámbito en que desarrolla sus funciones	Público, privado, ambos	Cualitativa nominal
Año de egreso	Año de egreso de la Facultad de Medicina	1977-2019	Cuantitativa discreta
Actividad laboral en pandemia	Si se encontraba en actividad laboral durante el periodo 2020-2021	Si, No	Cualitativa nominal
Herramientas de TM previo a la pandemia	Si tuvo que utilizar la herramienta teleconsulta previo al periodo 2020-2021	Si, No	Cualitativa nominal
TM mejoró el acceso a la atención del paciente	Si considera que la teleconsulta ayudó a mejorar la atención médica brindada al usuario	Si, No	Cualitativa nominal
Capacitación previa para implementar la TM Cualitativa nominal	Si se tuvo una capacitación previa para el uso de herramientas de la TM en alguno de los centros donde ejerce sus funciones	Si, No, Si, pero no realicé los cursos	Cualitativa nominal
En qué áreas recibió la capacitación (si la respuesta a la variable anterior fue "Si")	Área en que recibió la capacitación brindada por el centro donde trabaja	Uso de plataformas y herramientas informáticas, Aspectos médicos legales. Aspectos éticos y confidencialidad, Historia clínica electrónica, otro	Cualitativa nominal

Adaptación a la TM	Dificultad de adaptación a la herramienta de la TM	Sencilla, Compleja, NS/NC	Cualitativa ordinal
Herramientas de TM	Instrumentos que utilizó para implementar las teleconsultas	Teléfono, tablet, computadora, plataformas propias	Cualitativa nominal
Pertenencia del dispositivo	Propietario de las herramientas utilizadas para ejercer la TM	Institución, Propia, Ambos	Cualitativa nominal
Dificultades en el uso de la TM	Principales dificultades identificadas a la hora de ejercer la TM	Ninguna, No contaba con red Wi-Fi, No contaba con acceso a la historia clínica, No disponía de espacio físico adecuado, Institución no brinda herramientas necesarias, Mi especialidad no permite realizar TM adecuadamente, No se puede establecer buena relación Médico-Paciente, Otro	Cualitativa nominal
Calidad de atención	Si considera que la calidad de la atención fue igual de buena que si hubiese sido una consulta presencial	Si, No, NS/NC	Cualitativa nominal
Tiempo suficiente	Si considera que el tiempo de consulta fue suficiente para resolverla	Si, No, NS/NC	Cualitativa nominal
Incremento de consultas por la implementación de la TM	Si en función del uso de la TM se incrementaron la cantidad de consultas adicionales para el diagnóstico o tratamiento de un problema de salud	Si, No, NS/NC	Cualitativa nominal
Satisfacción de las consultas por TM	Grado de satisfacción general de las consultas por TM	1 (Nada satisfecho) – 10 (Muy satisfecho)	Cuantitativa discreta
TM en el futuro		Igual frecuencia que en pandemia, Menor frecuencia que en pandemia, NS/NC	Cualitativa nominal

Elaboración propia