

SALUD DIGITAL EN EL CONTROL DE PACIENTES CRÓNICOS DURANTE LA PANDEMIA: LA MIRADA DEL EQUIPO DE SALUD

DIGITAL HEALTH IN CHRONIC PATIENT MANAGEMENT DURING THE PANDEMIC: HEALTH CARE TEAM'S PERSPECTIVE

SAÚDE DIGITAL NA GESTÃO DE PACIENTES CRÔNICOS DURANTE A PANDEMIA: A PERSPECTIVA DA EQUIPE DE SAÚDE

JULIA HUAQUIÁN SILVA*
MARITZA ESPINOZA VENEGAS**
MIRANDA RÍOS BOLAÑOS***

RESUMEN

Objetivo: Conocer las percepciones del equipo de salud de atención primaria acerca del empleo de la salud digital en el control de pacientes crónicos durante la pandemia por COVID-19. Material y Método: Revisión integrativa que siguió la metodología de Crosssetti, la búsqueda bibliográfica, el año 2022, fue en la Biblioteca Virtual de Salud, considerando los términos “*telehealth*”, “*perception*”, “*healthcare provider*”, “*primary health care*” y “*chronic disease*” entrelazados con los booleanos AND y OR, en el período 2017 a 2022. Resultados: 10 estudios publicados entre el 2020 y 2022 cumplieron los criterios de inclusión. Se identificaron dos categorías relacionadas con beneficios y barreras. El equipo de salud se vio forzado a utilizar esta modalidad de atención que fue beneficiosa: brindó una gran comodidad, facilitó la toma de decisiones, permitió una comunicación constante y brindó apoyo terapéutico. También se percibieron barreras, destacándose el acceso a la tecnología y la limitación del contacto físico. Conclusiones: se perciben múltiples beneficios y oportunidades de cuidado, no solo para pacientes con enfermedades crónicas, sino también para condiciones diversas de cuidado. Las políticas y estrategias públicas de salud deben considerar la capacitación permanente del recurso humano e implementación tecnológica necesaria para incluir esta modalidad de atención en los cuidados de salud de la población. Asimismo, la academia debe contemplar el desarrollo de competencias tecnológicas en los futuros profesionales de la salud.

Palabras clave: Salud digital; Enfermedad crónica; Personal de salud; Percepción; Pandemia Covid-19; Telemedicina.

*Enfermera-Matrona, Doctora en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0415-1848> Email: juliahuaiquiainsilva@gmail.com

**Enfermera, Doctora en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2361-211X> Email: mespinoz@udec.cl Autora de correspondencia

***Enfermera, Licenciada en Enfermería, estudiante Magíster en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9898-8122> Email: mirandarios@udec.cl

ABSTRACT

Objective: To know the perceptions of the primary care health team about the use of digital health in the control of chronic patients during the COVID-19 pandemic. **Material and Method:** Integrative review based on Crossetti's methodology, the bibliographic search was carried out in 2022 in the Virtual Health Library, considering the terms "telehealth", "perception", "health care provider", "primary health care" and "chronic disease", using the Booleans AND and OR, in the period 2017 to 2022. **Results:** 10 studies published between 2020 and 2022 met the inclusion criteria. Two categories related to benefits and barriers were identified. The health care team used digital health and this modality proved to be beneficial because it provided great comfort, facilitated decision-making, allowed constant communication and provided therapeutic support. Barriers were also perceived, highlighting access to technology and limited physical contact. **Conclusions:** Multiple benefits and care opportunities are perceived, not only for patients with chronic diseases, but also for different care situations. Public health policies and strategies should consider the permanent training of human resources and technological implementation to include this modality of care in the health care of the population. Academic institutions should also consider the development of technological skills among future health professionals.

Key words: Digital Health; Chronic disease; Health Personnel; Perception; Covid-19 Pandemic; Telemedicine.

RESUMO

Objetivo: Conhecer as percepções da equipe de saúde da atenção básica sobre o uso da saúde digital no controle de pacientes crônicos durante a pandemia de COVID-19. **Material e Método:** Revisão integrativa baseada na metodologia de Crossetti; a busca bibliográfica foi realizada em 2022 na Biblioteca Virtual em Saúde, considerando os termos "telehealth", "perception", "healthcare provider", "primary health care" e "chronic disease" e usando os booleanos AND e OR, no período de 2017 a 2022. **Resultados:** 10 estudos publicados entre 2020 e 2022 atenderam aos critérios de inclusão. Duas categorias relacionadas a benefícios e barreiras foram identificadas. A equipe de saúde utilizou a saúde digital e a modalidade provou ser benéfica porque proporcionou grande conforto, facilitou a tomada de decisões, permitiu a comunicação constante e forneceu apoio terapêutico. Também foram percebidas barreiras, destacando-se o acesso à tecnologia e a limitação do contato físico. **Conclusões:** Percebem-se múltiplos benefícios e oportunidades de cuidado, não apenas para pacientes com doenças crônicas, mas também para diversas condições de cuidado. As políticas e estratégias de saúde pública devem considerar a formação permanente de recursos humanos e a implementação tecnológica necessária para incluir essa modalidade de atenção na atenção à saúde da população. Da mesma forma, as instituições acadêmicas devem considerar o desenvolvimento de competências tecnológicas nos futuros profissionais de saúde.

Palavras-chave: Saúde digital; Doença crônica; Pessoal de saúde; Percepção; Pandemia Covid-19; Telemedicina.

Fecha de recepción: 28/10/2022

Fecha de aceptación: 16/12/2022

INTRODUCCIÓN

La pandemia que actualmente vivimos, a raíz de la propagación del virus COVID-19, provocó un cambio importante en la forma de relacionarse debido, especialmente, al alto riesgo de contagio y al consecuente confinamiento impuesto por las autoridades sanitarias⁽¹⁾. La atención brindada por los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de atención primaria estuvo fuertemente restringida debido a

las medidas preventivas para proteger la salud de los usuarios y funcionarios. Se atendieron sólo urgencias respiratorias, se modificaron y suspendieron las prestaciones, y se recomendó a los usuarios no acudir a los CESFAM⁽²⁾. El temor al contagio generó, además, un aumento de inasistencias a los escasos controles de salud programados. Lo anterior conllevó a un deterioro de las condiciones de salud de la población que ya presentaba una importante prevalencia de enfermedades crónicas

no transmisibles, que según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017⁽³⁾ al menos el 78,5% de la población adulta presentaba 2 o más enfermedades crónicas, evidenciando descompensaciones y complicaciones, especialmente en pacientes con patologías crónicas como diabetes mellitus e hipertensión arterial⁽⁴⁾.

En este contexto, el modelo de cuidados crónicos, desarrollado por Edward Wagner en 1998, considera el apoyo al automanejo de las personas con enfermedades crónicas, proporcionado por los profesionales de la salud en atención primaria, como uno de los pilares fundamentales de la atención de salud⁽⁵⁾. Diversos estudios advierten^(1,6) que un déficit de acompañamiento profesional hacia las personas con enfermedades crónicas podría provocar, entre otros aspectos, la exacerbación de la sintomatología de la enfermedad debido a situaciones de estrés y cambios en la vida que impiden el acceso a los controles de medicamentos. Asimismo, las personas con enfermedades crónicas y mayores de edad, aun presentando el esquema de vacunación completo, serían más susceptibles de enfermar gravemente ante la infección por el Covid-19⁽⁷⁾.

Con estos antecedentes y para enfrentar estos desafíos impuestos por la pandemia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó la incorporación de la salud digital como herramienta de apoyo en el manejo y seguimiento de pacientes crónicos⁽⁸⁾. La salud digital, también conocida como *ehealth*, corresponde a los “servicios e información de salud suministrados o mejorados a través de Internet y tecnologías relacionadas”⁽⁹⁾. Uno de ellos es el telemonitoreo, herramienta digital que, por medio de dispositivos, teléfonos inteligentes móviles y sensores, permite que el profesional de salud pueda controlar a distancia los parámetros biométricos, el estado anímico y los aspectos clínicos de las personas con enfermedades crónicas.

Monitorear diariamente los parámetros clínicos permite saber de inmediato cuándo las mediciones aparecen fuera de un rango aceptable y tomar acciones oportunas que eviten consecuencias que pudiese acarrear un mal automanejo. Este tipo de intervención ha demostrado su efectividad disminuyendo costos, tiempo, descongestionamiento de los centros de salud y reducción de la mortalidad⁽¹⁰⁾. Otra modalidad de la salud digital es la teleconsulta o telemedicina⁽¹¹⁾, que ha generado un impacto favorable en la atención de

salud, por su utilidad inmediata y la continuidad de tratamiento o asesoramiento diagnóstico entre profesionales y usuarios.

La incorporación de la salud digital en todas sus formas viene aplicándose desde antes de la pandemia y, desde entonces, se ha evidenciado que estas intervenciones han contribuido a mejorar el acceso, oportunidad y continuidad en la atención a usuarios que hoy día requieren de un tratamiento permanente^(8, 10). Así mismo, se ha visto mayor adherencia al tratamiento y satisfacción de necesidades de autonomía desde sus propios hogares⁽¹²⁾.

Este manejo personalizado de la salud requiere de un equipo multidisciplinar que se enfoque en compatibilizar el cuidado holístico del usuario con las nuevas tecnologías en salud, todo un desafío por la variedad de aspectos que se deben considerar en su utilización^(13, 14). Es relevante, entonces, conocer las percepciones de los profesionales participantes en la implementación y uso de esta estrategia, para identificar sus desafíos y oportunidades de mejora.

Por lo anterior, y considerando que el enfoque cualitativo aporta una comprensión más profunda de los fenómenos, el presente artículo reúne y sintetiza conocimiento con el objetivo de identificar y analizar la producción científica sobre las percepciones que tiene el equipo de salud de atención primaria, acerca del uso de *ehealth* en el control de sus pacientes crónicos durante la pandemia por COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión integrativa que consideró las 5 etapas propuestas por Crossetti⁽¹⁵⁾: 1) Formulación del problema y pregunta de investigación; 2) Búsqueda de la literatura; 3) Evaluación de los artículos; 4) Síntesis de los artículos y 5) Interpretación de los resultados o discusión. La revisión de la literatura se realizó durante el mes de diciembre del año 2022 en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS), utilizando los descriptores: “Telemedicina”, “Percepción”, “Personal de Salud”, “Atención Primaria de Salud” y “Enfermedad crónica”, con su respectivo descriptor en inglés “telehealth”, “perception”, “healthcare provider”, “primary health care” y “chronic disease” y portugués “Telemedicina”, “Percepção”, “Pessoal de Saúde”, “Atenção Primária à Saúde” y “Doença Crônica”.

Los operadores booleanos utilizados fueron “AND” y “OR” y los criterios de inclusión correspondieron a: investigaciones primarias cualitativas, a texto completo disponible en línea, en el idioma inglés,

español o portugués, publicados entre los años 2017 al 2022. Se excluyeron estudios cuantitativos, de enfermedades agudas y estudios *ehealth* (Figura 1).

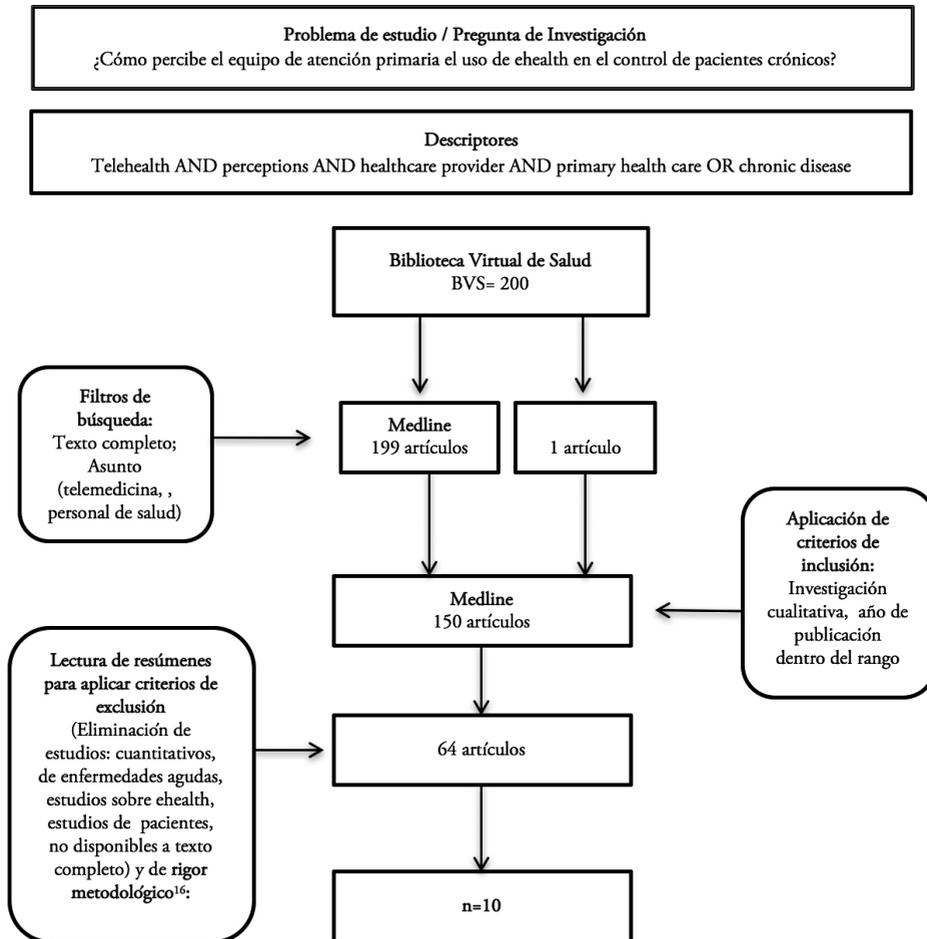


Figura 1. Flujograma: Estrategia de búsqueda y selección de la muestra, BVS, 2017-2022 (n=10).

Se recuperaron 199 artículos de la base de datos MEDLINE y 1 de MEDRXIV, todos en idioma inglés. A estos artículos recuperados se les aplicaron los criterios de exclusión y de rigor metodológico para estudios cualitativos de acuerdo con Gálvez⁽¹⁶⁾, que guió la lectura crítica en relación a la validez interna, fiabilidad, transferibilidad y aplicabilidad. Como resultado se obtuvo una muestra de 10 artículos.

RESULTADOS

Los 10 artículos seleccionados⁽¹⁷⁻²⁶⁾ se describen en la Tabla 1. Corresponden a estudios publicados en su mayoría entre los años 2020 y 2021, realizados en países desarrollados y más de la mitad en Estados Unidos, cuyos informantes en su mayoría eran médicos y enfermeras seguidos de una fracción mínima de trabajadores sociales y administradores.

Tabla 1. Características de los 10 artículos seleccionados para la revisión integrativa.

Id	Año de publicación	País donde se realizó estudio	Título (cita)	Tipo de estudio/ Informantes	Técnica de recolección	e-health evaluada
1	2022	USA	COVID-19 Pandemic Influence on Medical Oncology Provider Perceptions of Telehealth Video Visits ⁽¹⁷⁾ .	Estudio Cualitativo Descriptivo. Médicos y proveedores de práctica avanzada.	Entrevistas semiestructuradas.	Control de pacientes oncológicos a través de telesalud.
2	2021	USA	Telehealth for opioid use disorder treatment in low-barrier clinic settings: an exploration of clinician and staff perspectives ⁽¹⁸⁾ .	Estudio Cualitativo Descriptivo. Enfermeras practicantes, enfermeras, asistentes médicos, médicos, trabajadores sociales y compañeros de trabajo.	Entrevistas semiestructuradas por video o telefónicas. Duración 30-45 minutos.	Control de pacientes dependientes a opioides por telesalud (video).
3	2021	USA	Home healthcare patient and provider perspectives on use of unscheduled acute care and the usability and acceptability of on-demand telehealth solutions ⁽¹⁹⁾ .	Estudio Cualitativo Descriptivo. Enfermeras registradas, asistentes de salud en el hogar y coordinador de admisión	Entrevistas telefónicas	Control de salud domiciliario a pacientes con afecciones crónicas a través de telesalud.
4	2021	USA	There is something very personal about seeing someone's face: Provider Perceptions of Video Visits in Home-Based Primary care During COVID-19 ⁽²⁰⁾ .	Estudio Cualitativo Descriptivo. Directores médicos/clínicos de la atención primaria en el hogar, gerentes de programas, enfermeras practicantes/gerentes de enfermería y gerentes de trabajo social.	Entrevistas semiestructuradas Duración 35-45 minutos. Encuesta en línea.	Atención médica por video a pacientes confinados con: discapacidad, morbilidad múltiple, deterioro cognitivo y altas tasas de hospitalización.
5	2021	USA	Clinician perspectives on methadone service delivery and the use of telemedicine during the COVID-19 pandemic: A qualitative study ⁽²¹⁾ .	Estudio Cualitativo Descriptivo. Médicos, enfermeras practicantes o asistentes médicos.	Entrevistas semiestructuradas telefónicas. Duración 30 minutos.	Control de pacientes dependientes a metadona por telemonitoreo (video o teléfono).
6	2020	USA	Provider perceptions of mhealth engagement for low-resourced, safety-net communities ⁽²²⁾ .	Estudio Cualitativo Exploratorio. Administrador de cuidados, enfermeras, médicos, auxiliares médicos, paramédicos, trabajador comunitario.	Grupos focales.	Promoción de la salud y adherencia a tratamiento en pacientes de bajos recursos por telemonitoreo (video).

Continuación de Tabla 1

Id	Año de publicación	País donde se realizó estudio	Título (cita)	Tipo de estudio/ Informantes	Técnica de recolección	e-health evaluada
7	2020	Canadá	Using the technology acceptance model to explore health provider and administrator perceptions of the usefulness and ease of using technology in palliative care ⁽²³⁾ .	Estudio Cualitativo Descriptivo. Médicos, enfermeras registradas y administradores de salud.	Entrevistas semiestructuradas telefónicas. Duración 30 a 60 minutos.	Cuidados paliativos por tele-salud a pacientes que requieren atención al final de la vida.
8	2020	Bangladesh	Provider Perspectives on Sexual Health Services Used by Bangladeshi Women with mHealth Digital Approach: A Qualitative Study ⁽²⁴⁾ .	Estudio Cualitativo Descriptivo. Médicos.	Entrevistas.	Control de salud sexual a mujeres a través de telesalud (teléfono).
9	2020	España	Increase in Video Consultations During the COVID-19 Pandemic: Healthcare Professionals' Perceptions about Their Implementation and Adequate Management ⁽²⁵⁾ .	Estudio Cualitativo Descriptivo. Profesionales de la salud.	Entrevista estructurada por vídeo.	Consulta médica de atención primaria a pacientes crónicos por telesalud (vídeo).
10	2020	Australia	Implementing Web-Based Therapy in Routine Mental Health Care: Systematic Review of Health Professionals' Perspectives ⁽²⁷⁾ .	Revision sistemática. Médicos, enfermeras, profesionales de la salud psicosocial, profesionales de la salud aliados.	Búsqueda bibliográfica en 5 bases de datos.	Tratamiento psicológico a pacientes con trastornos de salud mental a través de tele-salud (vídeo).

Casi en la totalidad se utilizó video consulta en la asistencia a pacientes con trastornos de salud mental, dependencia de opiáceos, cuidados paliativos, cuidados en el hogar y otras actividades de salud dirigidas a los más vulnerables de la población.

Del análisis emergieron 2 categorías: beneficios y barreras de la utilización de *ehealth* y, en cada una de ellas, 2 subcategorías de percepciones del equipo de salud: percepciones de ellos mismos y lo que percibían de sus pacientes (Figura 2).

Beneficios de la utilización de *ehealth*: Uno de ellos es la comodidad^(17-21, 23-25) y de ello dan cuenta investigadores en Filadelfia quienes utilizaron telesalud para el control de pacientes oncológicos durante la pandemia por COVID-19⁽¹⁷⁾. Lo primero que los médicos destacan es que si no hubiese sido por el COVID-19, nunca hubieran probado la telesalud y ahora que la conocen experimentan

mayor comodidad porque es fácil de programar y lo más probable es que continúen usándola⁽¹⁷⁾:

“En realidad ha tenido bastante éxito, creo. Creo que, si no fuera porque COVID nos obligó a hacer esto, no creo que hubiera abrazado la telemedicina tanto como lo he hecho y creo que en realidad funcionó muy bien”.

Además, refieren que los pacientes están más cómodos, tienen sus necesidades emocionales y físicas satisfechas, no hacen viajes innecesarios, ahorran tiempo, están más en casa y, por lo demás, su familia los asistió con la tecnología cuando lo necesitaron⁽¹⁷⁾:

“...Creo que los pacientes también se sienten más cómodos al no estar físicamente en la habitación, y creo que eso ayuda porque me hace sentir que todavía estoy satisfaciendo sus necesidades emocionales y físicas como paciente...”.

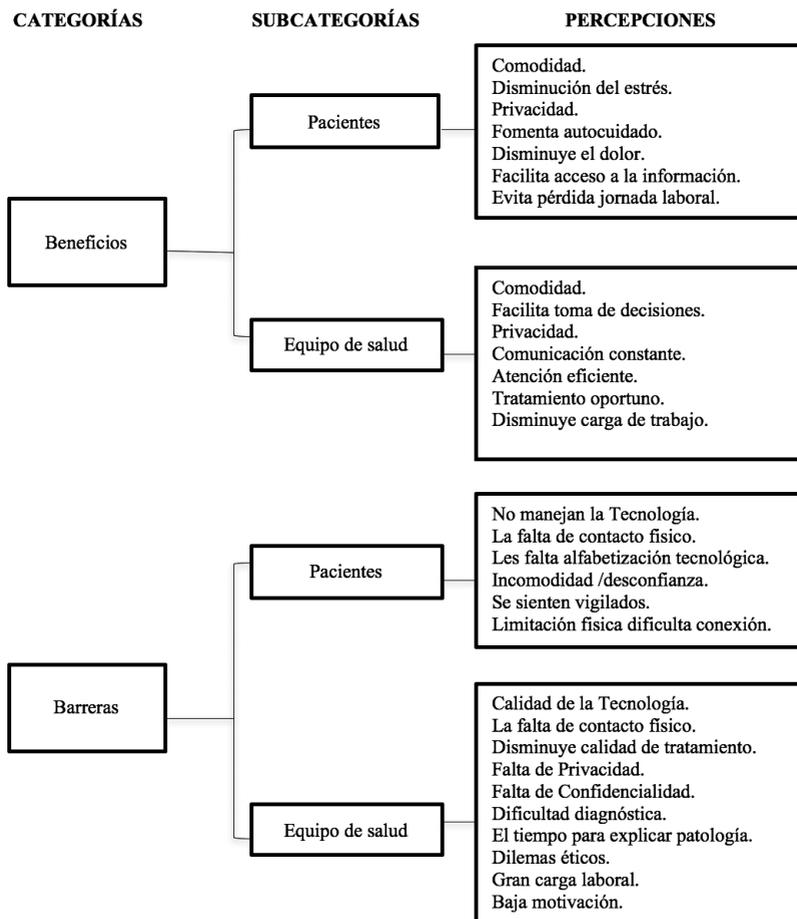


Figura 2. Percepciones del equipo de salud sobre el uso de *ehealth* en el control de pacientes crónicos.

Un equipo médico que trabajaba con personas con trastornos por uso de opioides⁽¹⁸⁾ percibía la videoconsulta como más cómoda porque sus pacientes no invertían tiempo en viaje, la experiencia era más fluida, sentían que había disminuido la tensión médico-paciente y les permitía no desconectarse a pesar de la pandemia. Percibían que para sus usuarios, esta modalidad de atención, les brindaba un acceso más fácil a la medicación, les era más cómoda, tenían menos barreras para acceder a la visita, no tenían que visitar un centro que les evocaba malos recuerdos y había mayor flexibilidad para iniciar el tratamiento porque podían volver a la cita de inicio cuando estuvieran preparados:

“... Los pacientes a menudo me decían que perderían una cita porque no podían salir del trabajo. Entonces, poder ver a su proveedor y ver a su equipo de tratamiento sin que sea tan perjudicial, creo que ha sido positivo en general...”

Otro aspecto positivo percibido por los profesionales de salud es que la *ehealth* facilitaba la toma de decisiones del equipo de salud^(19, 20, 23, 25), reducía el estrés y había aceptación hacia la telemedicina por parte de sus pacientes, con una percepción positiva hacia la cámara porque les permitía ver los gestos, evaluar las expresiones de dolor o la intensidad de los síntomas, facilitando la toma de decisiones en situaciones de urgencia⁽¹⁹⁾: *“...Creo que los proveedores de atención médica también se benefician porque pueden ver las expresiones en la cara de sus pacientes mientras hablan sobre un nivel de dolor o un síntoma. Creo que es más útil para ambas partes...”*

Sus pacientes describen beneficios como la conveniencia, el ahorro de tiempo y la reducción del estrés:

“...Es posible que se sientan más satisfechos y sientan que realmente se están comunicando con alguien que sabe lo que están haciendo”.

Asimismo, se destaca la flexibilidad^(20, 21, 23, 26) como un aspecto positivo de la *ehealth*. Investigadores en Nueva York⁽²⁰⁾ expresaron orgullo por la rapidez con la que ellos y sus pacientes se adaptaron y aprendieron el nuevo sistema. Destacan que la flexibilidad de las plataformas permitió combinarlas con otras como *whatsapp* y *facetime* en beneficio de mantener la continuidad de la atención y

detectar la necesidad de una visita presencial, junto con poder recopilar información previa a la consulta presencial, solicitar una interconsulta y conectarse de forma simultánea desde distintas ubicaciones:

“...lo que es realmente una emergencia y lo que es solo un hematoma”. “...preparar la visita para que sea lo más eficiente y efectiva posible”, “ahora una persona podía llamar al mediodía y podíamos hacer una visita de urgencia por video a las dos...”

Otra investigación⁽²¹⁾ realizada en un programa de adicciones destaca la privacidad como beneficio para usuarios y proveedores, porque la experiencia de ser atendidos estando al interior de sus casas les permitía expresarse con confianza. Refieren que es un servicio ideal para clientes más estables, ahorran tiempo y eliminan la barrera del transporte:

“Sorprendentemente, ha sido una respuesta muy positiva porque a la gente no le gusta esperar una cita, ir a una clínica y tener que esperar al médico y hacer todas esas cosas. Y luego agrega el temor de que pueda enfermarse porque está fuera durante una pandemia. Y sienten que es aún más privado, que es desde sus casas...”

Otro beneficio percibido fue la comunicación constante⁽²²⁾ con el paciente, que permitía recopilar datos en tiempo real, monitorear y detectar rápidamente una alteración:

“...Pueden averiguar si tienen un ritmo anormal como disritmia, entonces pueden detectarlo de inmediato y llamar a los respectivos proveedores. Pueden monitorearlo y pueden decir: Está bien, ahora que tiene estos ritmos...”

Además, podían empoderar a los más vulnerables y fomentar estilos de vida saludable, autocuidado y adherencia a tratamiento⁽²²⁾:

“...Sirve como motivación. Está bien, tengo la meta de dar 800 pasos, por lo que es solo una meta para alcanzar todos los días. Tienen este dispositivo que los ayuda a alcanzar esa meta todos los días”.

El uso de *ehealth* en cuidados paliativos favorece una atención eficiente^(23, 24) para el proveedor y disminución del dolor⁽²³⁾ para el paciente. Lo anterior representado por la rapidez de la conexión remota que permitía un acceso oportuno, reducir el tiempo y disminución de los viajes. Además, permitía conocer los síntomas, tomar decisiones y

conectar con un experto que los asesoraba, lo que favorecía una atención coordinada y colaborativa entre el equipo de salud. Para el paciente percibían puntualidad en la visita, conexión rápida con un experto, ausencia del dolor que provocaba un traslado y menos complicaciones:

“...Por lo tanto, obtener el control óptimo de sus síntomas también significa que los pacientes no tienen que perder el tiempo en el transporte por caminos llenos de baches. Hay muchas transferencias dentro y fuera de la camilla y ese tipo de cosas que pueden ser bastante incómodas para un paciente que ya tiene dolor...”

Otro beneficio percibido fue el tratamiento oportuno de la salud sexual en mujeres que no se atrevían a consultar por razones culturales⁽²⁴⁾. La *ehealth* era una buena alternativa porque permitía asesorar, dar información, aclarar asuntos urgentes y prescribir un tratamiento oportuno, transformándose en una modalidad eficaz para la gestión del tiempo y el acceso a lugares remotos. Percibían que para las usuarias el acceso a la información podía fluir hacia otras mujeres por la oportunidad de poder consultar sobre problemas de salud comunes a todas:

*“...A menudo quieren saber sobre prácticas de higiene y sobre cualquier complicación de salud sexual. Si me preguntan, entonces creo que *ehealth* actúa como una plataforma para que las mujeres obtengan información sobre salud genérica e información particular sobre enfermedades de transmisión sexual...”*

En atención primaria de España⁽²⁵⁾ la *ehealth* se traducía en consultas eficientes, sin aglomeraciones y sin listas de espera, resolución rápida de enfermedades comunes, disminución de la carga de trabajo, reducción de costos y un filtro eficaz para limitar las consultas presenciales a las que sí eran necesarias. Se observó que los pacientes solucionaban problemas sin tener que viajar, veían al profesional por cámara invirtiendo menos tiempo en la consulta, era cómodo, flexible, menos burocrático y se evitaba la pérdida de la jornada laboral:

“...Favorece la accesibilidad y la inmediatez, y sirve como filtro eficaz para la consulta presencial...”

Otro beneficio es que la *ehealth* en salud mental favorece la relación terapéutica y facilita el acceso a pacientes con problemas⁽²⁶⁾. Se describe

un trabajo más flexible en horarios y lugar; una terapia que se puede reemplazar fácilmente con otro colega, con relaciones terapéuticas diferentes, que al desarrollarlas en línea facilitan la atención de pacientes con ansiedad social, a la vez que es apta para pacientes con diversas dificultades tales como movilidad limitada, estigma social o de hogares en lugares remotos.

Barreras en la utilización de *ehealth*: en esta categoría es posible interpretar obstáculos que refieren los equipos de salud en la utilización de las *ehealth* para controlar a sus pacientes. Una gran barrera para proveedores y usuarios fue el acceso a la tecnología⁽¹⁷⁻²⁶⁾ y todos los aspectos relacionados que impidieron hacer un buen uso de la *ehealth*. En relación a ello los oncólogos⁽¹⁷⁾ refieren que el obstáculo más destacado es la falta de comodidad con la tecnología, tanto del proveedor como del paciente, sumado a un acceso poco confiable y una mala conexión a internet.

Describen⁽¹⁷⁾ un sistema abrumado por el aumento de la telesalud, una asistencia técnica inadecuada y la reticencia al cambio de algunos colegas. Además, muchos describen⁽¹⁷⁾ dificultad para conectarse con los pacientes y que el no poder realizar el examen físico podía provocar errores en el diagnóstico y tratamiento:

“Bueno, definitivamente creo que lo acepto un poco más y parte de eso es que hay más de apoyo institucional para ayudar a los pacientes a conectarse, etc. Entonces, una gran parte de eso, al principio, fue muy doloroso y fue un poco fuera de lo común y un porcentaje muy alto de las veces que las conexiones no fueron buenas o no sucedieron. Y eso ha mejorado mucho...”

Para los pacientes describen barreras como la falta de contacto social⁽¹⁷⁻²⁶⁾, porque no podían conocer las instalaciones en donde les darían su tratamiento:

“...En realidad, hay un número sorprendentemente grande de pacientes, y particularmente porque el cáncer es, en general, una enfermedad de los mayores, hay muchas personas mayores en nuestra sociedad que están hambrientas de contacto social...”

Otra barrera es la falta de contacto físico con los pacientes dependientes a opioides que impidió dar una atención de calidad⁽¹⁸⁾:

“...Me gusta conectar con mis pacientes en la habitación, el lenguaje corporal. Es difícil, ¿verdad?”

Nos gusta poder dar abrazos. Eso es lo que hacemos. Conectamos con los pacientes. [La telesalud] era mejor que nada, así que estoy muy agradecido de que no tuviéramos que estar completamente desconectados de nuestros pacientes, pero no es lo mismo... ”

Además, la alfabetización tecnológica⁽¹⁸⁾ de estos pacientes, que no saben descargar aplicaciones o no disponen de teléfonos o de conexión a internet, dificultó más la atención:

“...En la población de Filadelfia, las personas simplemente no tienen teléfonos celulares o un plan de datos lo suficientemente bueno... para hacer video llamadas o cosas por el estilo...”

Asimismo, se describe la incomodidad y desconfianza⁽¹⁹⁾ de los usuarios de cuidados domiciliarios que se sienten incómodos con médicos que no conocen y prefieren el examen físico en persona. Además, no confían en este tipo de atención, no entienden el idioma y tienen un acceso limitado por los costos y su capacidad para usar la tecnología⁽¹⁹⁾:

“...Muchos pacientes que viven solos no tienen Internet ni iPads, por lo que las videoconferencias no estarían disponibles. Y la mayoría de nuestros ciudadanos mayores no saben muy bien cómo usar Internet. [Los pacientes mayores] se abruman con la tecnología o no saben cómo usarla...”

Por su parte, el equipo de atención primaria, acostumbrado al contacto personal y continuo con sus pacientes, refiere que las visitas domiciliarias digitales no reemplazan la atención en persona y solo sustituyen el contacto humano de forma temporal porque se observa una imagen incompleta de la salud y del ambiente, por tanto, podría perderse información importante⁽²⁰⁾:

“...Vi a alguien la semana pasada que se estaba cayendo y realmente necesitábamos una evaluación clara de su hogar y existe preocupación sobre los retrasos cognitivos y la pérdida auditiva, y fue difícil obtener una imagen completa incluso con un video...”

Para sus pacientes geriátricos⁽²⁰⁾ describen falta de alfabetización tecnológica, un deficiente acceso a equipos e internet, pocas destrezas físicas y déficit de habilidades cognitivas:

“...Nuestros pacientes normales de atención primaria ya están luchando con la telesalud... sabemos que esas barreras serán mucho más difíciles de superar en

nuestra población geriátrica...”

El equipo del programa de opioides⁽²¹⁾ reportó, por la pandemia, verse forzado a ejecutar una actividad que carecía de infraestructura y para la que no estaban preparados, por lo que debieron invertir tiempo en aprender la tecnología. Además, refieren disminución de la calidad del tratamiento, dificultad para establecer relación médico-paciente, bajos reembolsos del seguro de salud y el riesgo de recetar medicamentos de uso restringido sin tener la suficiente información:

“Las posibilidades de abuso del medicamento en sí son mucho más altas... simplemente consideramos que es una gran responsabilidad de nuestra parte”

Para los pacientes fueron limitantes la falta de acceso al control de salud por desconocer las tecnologías y unos pocos refieren sentirse aislados y percibir la atención como impersonal⁽²¹⁾:

“...Principalmente eso, ha habido algunos pacientes que simplemente no son tan hábiles con sus computadoras y cosas de esa naturaleza. Y la gente que sentimos ha sido más estable... está bien hacer teléfono que video...”

Por otro lado, los proveedores de salud comunitaria de USA⁽²²⁾ refieren limitaciones como no contar con una buena señal, desconocer qué aplicaciones estaban validadas, la necesidad de capacitación en tecnologías y el tiempo agregado a la atención directa:

“...No sé cuáles son buenas aplicaciones. Sería bueno saber cuáles son buenos y cuáles están basados en evidencia...”

Con respecto a los pacientes, exponen que estos se sienten vigilados (especialmente los extranjeros), tienen un manejo limitado de la tecnología y desconfían de las ehealth⁽²²⁾:

“...Al ser nuevo en el país con todas estas nuevas aplicaciones, sienten que hay alguien detectándonos... No quiero que se lo digan a todos y no confían. No confían en ese tipo de aplicaciones...”

Asimismo, en cuidados paliativos perciben como limitantes el desconocimiento de las tics, dificultad en el acceso a la información, aumento de la carga de trabajo y riesgos en la privacidad y confidencialidad de la información⁽²³⁾:

“...Si es algo extra que hacer, entonces no lo haré. Debe estar vinculado con mi EMR o con mi correo electrónico, no quiero agregar otra plataforma a mi vida...”

Refieren que sus pacientes son personas mayores con falta de conocimientos tecnológicos e intimidados por una tecnología complicada⁽²³⁾:

“...Creo que si proporciona a los pacientes una tecnología con la que no están familiarizados, a esta población de pacientes le lleva mucho tiempo, supongo que son principalmente una población de más de 70 años, les lleva mucho tiempo adaptarse al uso de esta, De Verdad. Las cosas que crees que serían intuitivas no lo son, por lo que establecer una buena comprensión básica para ellas y practicar creo que es muy importante para el éxito...”

Por su parte, médicos de Bangladesh⁽²⁴⁾ relatan dificultad para diagnosticar una infección de transmisión sexual (ITS) por teléfono, gran tiempo invertido en explicar la patología y la falta de gestión de llamadas que provoca gran tiempo de espera:

“...No me parece. Si las conversaciones fueran suficientes, no sería necesario un chequeo físico. Existen diferencias entre los chequeos físicos y las conversaciones por teléfono móvil. Hay una gran brecha entre estos...”

Para las pacientes, refieren que el estigma de las ITS les impide buscar ayuda y llaman solo cuando hay problemas, además sus escasos conocimientos dificultan la comprensión de indicaciones⁽²⁴⁾:

“...Algunas mujeres a menudo no están seguras acerca de las ITS y las ETS y querrían saber. Tampoco entienden sobre la regulación de la menstruación, tienen miedo de no entender lo que significa el flujo blanco. Pero ya ves, las mujeres solo contactan con nosotros cuando se enfrentan a algún problema o llevan mucho tiempo sufriendo algún síntoma o enfermedad. Entonces solo puedo decir, las personas buscan ayuda, cuando saben que algo anda mal... ¡cuando algo no está bien!”

En España⁽²⁵⁾ describen como barreras las tecnologías desconocidas y desafiantes, la imposibilidad de realizar exploraciones físicas o técnicas procedimentales, el temor de que los pacientes mayores perciban distanciamiento y se deterioren las relaciones y una mala conexión a internet que genere desconfianza en los pacientes:

“...Desconfianza en el uso de la tecnología, dificultades para las personas mayores, que no tienen los dispositivos, la relación se puede ver más lejana...”

Para los usuarios se perciben como barreras la falta de red, el desconocimiento de las tecnologías y la necesidad de encontrar un sustituto del contacto físico⁽²⁵⁾:

“...Para algunos pacientes, su uso puede ser complejo. Para los que son mayores, necesitan el apoyo necesario para poder utilizar este medio de comunicación...”

En salud mental refieren que la psicoterapia o las terapias de esquema no pueden darse en la web; les preocupa la privacidad, las consideraciones éticas y los pacientes suicidas; baja motivación debido a sus inhabilidades tecnológicas y carga de trabajo; temor a que los pacientes rurales se puedan aislar más por no tener acceso a internet, alfabetización deficiente, no tener una “mentalidad psicológica” o tener dificultades con la visión o la audición⁽²⁶⁾.

DISCUSIÓN

Los diversos estudios analizados dan cuenta de los cambios que han ocurrido en la atención de salud como resultado de la pandemia de COVID-19 y demuestran percepciones tanto positivas como negativas de la telesalud.

La comodidad^(17, 21, 23-25) definida como vivir a gusto o con descanso⁽²⁷⁾ es uno de los beneficios más relevantes percibidos, tanto por proveedores como usuarios. Por el contrario, tanto la ausencia de comodidad como la falta de confianza en la tecnología pueden afectar el compromiso tanto de los usuarios que han estado marginados de la telesalud, como de aquellos que mantuvieron sus actividades presenciales durante la pandemia⁽²⁸⁾. De acuerdo con estos hallazgos se recomienda el diseño de estrategias públicas que permitan que todos los profesionales y usuarios de la salud puedan acceder a esta modalidad de atención de forma óptima, para que vivan en primera persona la comodidad. Así la integrarán rápidamente en sus vidas.

Otro de los beneficios más referidos fue la facilidad en la toma de decisiones^(19, 20, 23, 25) demostrada con la videoconsulta y en concordancia con este resultado, en España⁽²⁹⁾ la teleconsulta utilizada para el seguimiento de pacientes con

COVID-19 les ha permitido obtener mayor información visual y tener señales diagnósticas para dar tranquilidad al paciente a través de una “presencia terapéutica”. No obstante, hay críticas sobre la aceptación y apreciación de la calidad de la atención por parte de los profesionales de la salud^(30, 31). Estos hallazgos fundamentan el gran apoyo de la telesalud para el seguimiento de pacientes crónicos, que muchas veces se dejan hospitalizados solo para controlarlos.

La flexibilidad en los horarios y lugares desde donde se puede realizar la teleconsulta es otro de los beneficios más referidos por los profesionales^(20, 21, 23, 26). En concordancia con estos hallazgos la literatura señala que el permitir que los usuarios perduren en su hogar contribuye al uso y aceptación de la tecnología⁽³²⁾. Sin embargo, los usuarios más vulnerables no cuentan con el equipamiento ni la alfabetización tecnológica que les permita acceder a esta atención de salud.

Igualmente, los beneficios de la telesalud en el control de pacientes con consumo problemático de opiáceos, concuerda con otro estudio⁽³³⁾ que señala que, aunque los médicos dudaban de la calidad de la atención brindada, notaron algunas ventajas distintivas, incluido un mayor acceso y comodidad para los pacientes. Sin duda la privacidad del control de salud es un gran beneficio para estos pacientes que se sienten estigmatizados solo por acceder a un centro de control de estupefacientes.

Un significativo hallazgo de esta revisión fue lo beneficioso que resulta el uso de la telemedicina en cuidados paliativos. Situación similar reportan investigaciones que coinciden en señalar que la telesalud permite al personal de salud evaluar y controlar los síntomas^(34, 35). Además, se pueden realizar valoraciones de síntomas más frecuentemente y a distancia⁽³⁶⁾. También es posible informar de problemas urgentes⁽³⁷⁾ y los proveedores pueden apoyar a los cuidadores de pacientes paliativos de una manera activa y competente^(34, 38). Es destacable el gran aporte de la telesalud en cuidados paliativos porque permite un control rápido con el especialista, evita movilizar innecesariamente a los pacientes y con esto les mejora su calidad de vida.

Por otra parte, en España⁽²⁵⁾ los pacientes refieren que la telesalud es más flexible, menos burocrática y les permite no faltar al trabajo. Igualmente otras investigaciones describen que los usuarios que utilizan la *ehealth* la observan más rentable, eficiente

en el tiempo, instantánea y no requiere costos de transporte⁽³⁹⁾. Es importante que los centros de salud puedan ofrecer esta modalidad de atención a aquellos usuarios que por diferentes razones no pueden acceder al centro de salud; sin duda mejorará la adherencia al tratamiento de muchos pacientes crónicos con largas jornadas de trabajo.

Otro beneficio reportado es el uso de la telesalud en el tratamiento psicológico porque se pueden establecer relaciones terapéuticas diferentes a la terapia presencial y sorprende la capacidad para desarrollar relaciones en línea, especialmente con pacientes con ansiedad social. En concordancia con estas bondades de la telesalud, investigadores destacan que, en la evaluación y el seguimiento de los problemas de salud mental, se consigue un clima de seguridad que facilita la expresión emocional, con un mayor contacto facial que en la consulta real presencial y se convierte en un método de exploración que complementa y amplía la información necesaria⁽⁴⁰⁾. Sin duda la inclusión de la *ehealth* en el control de pacientes con trastornos de salud mental es una poderosa estrategia para mejorar la adherencia al tratamiento.

Entre las principales barreras percibidas por los profesionales de la salud se describen las dificultades con la tecnología⁽¹⁷⁻²⁶⁾ y en relación a ello, los problemas tecnológicos son un tema que preocupa a los proveedores de salud y el rechazo a utilizar la telesalud puede solucionarse realizando pruebas que generalmente mejoran las percepciones hacia la tecnología⁽⁴¹⁾. Respecto del usuario destacan la mala calidad o la falta de equipamiento, una mala conexión a la red sumada a su incapacidad para manejar la tecnología. En esta misma línea un estudio mostró que la falta de confianza de los usuarios en los sistemas y su incomodidad con el uso de las aplicaciones de salud móvil pueden dificultar la adopción de la *ehealth*⁽⁴²⁾.

Finalmente, la falta de contacto social⁽¹⁷⁻²⁶⁾ fue otra de las barreras más mencionadas en los estudios analizados. Los proveedores aducen que el contacto físico es fundamental para poder dar una atención de calidad y añaden que la telesalud puede sustituir el contacto humano, pero solo de manera temporal. En relación a ello la literatura reciente señala que los médicos han vuelto a la presencialidad en la medida de sus posibilidades⁽⁴³⁾. Además, muchos de los pacientes son personas mayores que se encuentran solas en su hogar, se sienten aisladas, perciben

la telesalud como impersonal y están ávidas de contacto social, por lo tanto, es importante hacer seguimiento de los aspectos socioemocionales y las posibles barreras en la conexión profesional-paciente que plantean las consultas por telesalud⁽⁴⁴⁾.

CONCLUSIONES

La evidencia científica analizada sobre las percepciones del equipo de salud en el uso de la salud digital en el control de las enfermedades crónicas permite concluir que fueron percibidos múltiples beneficios y oportunidades de cuidado no sólo para las enfermedades crónicas, sino también para otras condiciones o contextos diversos de cuidado. El equipo de salud describe beneficios para ellos, como para sus pacientes. Existen también barreras o limitaciones percibidas que tienen relación con el acceso a la tecnología y la limitación del contacto físico.

Finalmente, los resultados de esta revisión permiten comprender que la salud digital constituye una alternativa de cuidado de la salud y futuros estudios recomiendan indagar sobre la percepción del uso de la telesalud desde los propios usuarios. A su vez, las políticas y estrategias públicas de salud deben contemplar la instalación permanente de recursos humanos y tecnológicos necesarios para contribuir a la mejora de los cuidados en salud y satisfacción de los usuarios/pacientes. Asimismo, la academia debe contemplar el desarrollo de competencias en los futuros profesionales.

Financiamiento: No hubo financiamiento.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener conflicto de intereses relacionado con el artículo.

REFERENCIAS

1. Kluge HHP, Wickramasinghe K, Rippin HL, Mendes R, Peters DH, Kontsevaya A, et al. Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response. *Lancet* [Internet] 2020 [citado 26 oct 2022]; 395(10238): 1678-80. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31067-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31067-9)
2. Servicio de Salud Metropolitano Central. CESFAM de la Red SSMC separan áreas y modifican atenciones en medio de contingencia por Coronavirus [Internet]. 2020 [citado 26 oct 2022]. Disponible en: <https://pajaritosfm.cl/cesfam-de-la-red-ssmc-separan-areas-y-modifican-atenciones-por-coronavirus/>
3. Margozzini P, Passi A. Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *ARS med* [Internet]. 2022 [citado 19 oct 2022]; 43(1): 30-4. Disponible en: <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1354/1184>
4. Clínicas de Chile A. G. Santiago: Controles de pacientes con Hipertensión y Diabetes han caído hasta un 50% por efecto de la Pandemia [Internet]. 22 julio 2020 [citado 13 sep 2020]. Disponible en: <https://www.clinicasdechile.cl/noticias/controles-de-pacientes-con-hipertension-o-diabetes-han-caido-hasta-en-un-50-por-efecto-de-la-pandemia/#:~:text=De%20acuerdo%20a%20las%20estimaciones,promedio%20un%2051%2C31%25.>
5. Wagner E. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* [Internet]. 1998 Aug 1 [citado 20 oct 2022]; 1(1): 2-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32401713/>
6. Dennison HCR, Baptiste D. Coronavirus Disease (COVID-19): Implications for Cardiovascular and Socially At-risk Populations. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2020 [citado 20 oct 2022]; 35(4): 318-321. Disponible en: [http://doi: 10.1097/JCN.0000000000000710.](http://doi: 10.1097/JCN.0000000000000710)
7. Scruzzi GF, Aballay LR, Carreño P, Díaz RGA, Franchini CG, Cecchetto E, et al. Vacunación contra SARS-CoV-2 y su relación con enfermedad y muerte por COVID-19 en Argentina. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2022 May [citado 20 oct 2022]; 46: e39. Disponible en: <http://doi: 10.26633/RPSP.2022.39>
8. Ministerio de Salud (Chile). Programa Nacional de Telesalud [Internet]. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. 2018 Mar [citado 20 oct 2022]. Disponible en: <http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3635>
9. Eysenbach G. What is e-health? *J Med Internet* [Internet]. 2001 [citado ago 2020]; 3(2): e20. Disponible en: <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20>
10. Børøsund E, Varsi C. Innovative ehealth interventions in nursing research. How to utilize a mixed method approach to design, development, evaluation and implementation. *Cienc enferm* [Internet]. 2019 [citado 10 sep 2020]; 25:22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532019000100401>
11. OPS / OMS. Teleconsulta durante una Pandemia

- [Internet]. [citado 13 sep 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/ish/images/docs/covid-19-teleconsultas-es.pdf>
12. Dario C, Toffanin R, Calcaterra F, Saccavini C, Panagiotis S, Mancin S, et al. Telemonitoring of Type 2 Diabetes Mellitus in Italy. *Telemed J E Health* [Internet]. 2017 Feb [citado sep 2020]; 23(2): 143-152. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/tmj.2015.0224>
 13. Vest BM, Hall VM, Kahn LS, Heider AR, Maloney N, Singh R. Nurse perspectives on the implementation of routine telemonitoring for high-risk diabetes patients in a primary care setting. *Prim health care Res Dev* [Internet]. 2017 [citado 23 oct 2022]; 18(1): 3-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1463423616000190>
 14. Tong T, Myers A, Bissoonauth A, Pekmezaris R, Kozikowski A. Identifying the barriers and perceptions of non-Hispanic black and Hispanic/Latino persons with uncontrolled type 2 diabetes for participation in a home Telemonitoring feasibility study: a quantitative analysis of those who declined participation, withdrew or were non-adherent. *Ethn Health* [Internet]. 2020 [citado 23 oct 2022]; 25(4): 485-494. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13557858.2019.1566520>
 15. Crossetti M. Revisión integrativa de la investigación en enfermería, el rigor científico que se le exige. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2012 [citado 24 oct 2022]; 33(2): 1011. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200002>
 16. Gálvez A. Lectura Crítica de un Estudio Cualitativo Interpretativo. *Index Enferm* [Internet]. 2003 [citado 23 oct 2022]; 42: 39-43. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/40-41_articulo_51-57.php
 17. Handley R, Heyer A, Granberg R, Binder A, Gentsch A, Csik V, et al. COVID-19 Pandemic Influence on Medical Oncology Provider Perceptions of Telehealth Video Visits. *JCO Oncol Pract* [Internet]. 2022 [citado 23 oct 2022]; 18(4): e610-e619. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1200/OP.21.00473>
 18. Aronowitz SV, Engel-Rebitzer E, Dolan A, Oyekanmi K, Mandell D, Meisel Z, et al. Telehealth for opioid use disorder treatment in low-barrier clinic settings: an exploration of clinician and staff perspectives. *Harm Reduct J* [Internet]. 2021 [citado 23 oct 2022]; 18(1): 119. Disponible en: [doi:10.1186/s12954-021-00572-7](https://doi.org/10.1186/s12954-021-00572-7).
 19. Pogorzelska-Maziarz M, Rising KL, Gentsch AT, Traczuk A, Hsiao T, Amadio G, et al. Home healthcare patient, caregiver and provider perspectives on use of unscheduled acute care and the usability and acceptability of on-demand telehealth solutions. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2021 [citado 23 oct 2022]; 42(5): 1029-1034. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.06.009>
 20. Franzosa E, Gorbenko K, Brody AA, Leff B, Ritchie CS, Kinoshian B, et al. There Is Something Very Personal About Seeing Someone's Face: Provider Perceptions of Video Visits in Home-Based Primary Care During COVID-19. *J Appl Gerontol* [Internet]. 2021 [citado 23 oct 2022]; 40(11): 1417-1424. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/07334648211028393>
 21. Hunter S, Dopp A, Ober A, Uscher-Pines L. Clinician perspectives on methadone service delivery and the use of telemedicine during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2021 [citado 23 oct 2022]; 124: 108288. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108288>.
 22. Laing SS, Ocampo P, Ocampo C, Carvalho J, Perez G, Baugh S. Provider perceptions of mHealth engagement for low-resourced, safety-net communities. *Public Health Nurs* [Internet]. 2021 [citado 23 oct 2022]; 38(1): 13-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/phn.12811>
 23. Nguyen M, Fujioka J, Wentlandt K, Onabajo N, Wong I, Bhatia, RS, et al. Using the technology acceptance model to explore health provider and administrator perceptions of the usefulness and ease of using technology in palliative care. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2020 [citado 23 oct 2022]; 19(1): 138. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00644-8>.
 24. Jahangir YT, Arora A, Liamputtong P, Nabi MH, Meyer SB. Provider Perspectives on Sexual Health Services Used by Bangladeshi Women with mHealth Digital Approach: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 23 oct 2022]; 17(17): 6195. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17176195>
 25. Jiménez-Rodríguez D, Santillán A, Montoro J, Rodríguez MDM, Muñoz FJ, Arrogante O. Increase in Video Consultations During the COVID-19 Pandemic: Healthcare Professionals' Perceptions about Their Implementation and Adequate Management. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 24 oct 2022]; 17(14): 5112. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17145112>.
 26. Davies F, Shepherd L, Beatty L, Clark B, Butow P, Shaw J. Implementing Web-Based Therapy in Routine Mental Health Care: Systematic Review of Health Professionals' Perspectives. *J Med Internet Res* [Internet]. 2020 [citado 24 oct 2022]; 22(7): 7362. Disponible en: <https://doi.org/10.2196/17362>
 27. Real Academia Española. Comodidad [Internet]. 2022 [citado 24 oct 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/comodidad?m=form>
 28. Talal AH, Sofikitou EM, Jaanimägi U, Zeremski M,

- Tobin JN, Markatou M. A framework for patient-centered telemedicine: Application and lessons learned from vulnerable populations. *J Biomed Inform* [Internet]. 2020 [citado 24 oct 2022]; 112: 103622. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2020.103622>.
29. Paredes EJ, Fàbrega R, Godoy S, Perera S, Pooler A, Theilheimer RD. Videoconsulta en atención primaria: una ventana a la realidad. A propósito de 3 casos clínicos. *Aten Primaria Prac* [Internet]. 2021 [citado 24 oct 2022]: 100121. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.appr.2021.100121>
 30. Darcourt JG, Aparicio K, Dorsey PM, Ensor JE, Zsigmond EM, Wong ST, et al. Analysis of the Implementation of Telehealth Visits for Care of Patients With Cancer in Houston During the COVID-19 Pandemic. *JCO oncology practice* [Internet]. 2021 [citado 24 oct 2022]; 17(1): e36-e43. Disponible en: <https://doi.org/10.1200/OP.20.00572>
 31. Wehrle CJ, Lee SW, Devarakonda AK, Arora TK. Patient and Physician Attitudes Toward Telemedicine in Cancer Clinics Following the COVID-19 Pandemic. *JCO Clin Cancer Inform* [Internet]. 2021 [citado 24 oct 2022]; 5: 394-400. Disponible en: <https://doi.org/10.1200/CCI.20.00183>
 32. Barret LL. Healthy @ Home [Internet]. 2008 [citado 24 oct 2022] Disponible en: <https://caregiverslibrary.org/portals/0/CGM.AARP%20healthy%20at%20home.pdf>
 33. Uscher-Pines L, Sousa J, Raja P, Mehrotra A, Barnett M, Huskamp HA. Treatment of opioid use disorder during COVID-19: Experiences of clinicians transitioning to telemedicine. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2020 [citado 24 oct 2022]; 118: 108124. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108124>.
 34. Biswas S, Adhikari S, Gupta N, Garg R, Bharti S, Kumar, et al. Smartphone-Based Telemedicine Service at Palliative Care Unit during Nationwide Lockdown: Our Initial Experience at a Tertiary Care Cancer Hospital. *Indian J Palliat Care* [Internet]. 2020 [citado 24 oct 2022]; 26(5): S31-S35. Disponible en: https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_161_20
 35. Nguyen M, Fujioka J, Wentlandt K, Onabajo N, Wong I, Bhatia RS, et al. Using the technology acceptance model to explore health provider and administrator perceptions of the usefulness and ease of using technology in palliative care. *BMC Palliat Care* [Internet], 2020 [citado 24 oct 2022]; 19(1): 138 Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00644-8>
 36. Salem R, El Zakhem A, Gharamti A, Tfayli A, Osman H. Palliative Care via Telemedicine: A Qualitative Study of Caregiver and Provider Perceptions. *J Palliat Med* [Internet]. 2020 [citado 24 oct 2022]; 23(12): 1594-1598. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0002>
 37. Bonsignore L, Bloom N, Steinhauser K, Nichols R, Allen T, Twaddle M, et al. Evaluating the Feasibility and Acceptability of a Telehealth Program in a Rural Palliative Care Population: TapCloud for Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2018 [citado 24 oct 2022]; 56(1): 7-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.03.013>
 38. Royackers A, Regan S, Donelle L. The eShift model of care: informal caregivers' experience of a new model of home-based palliative care. *Prog Palliat Care* [Internet]. 2016 [citado 24 oct 2022]; 24(2): 84-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1179/1743291X15Y.0000000006>
 39. Khatun F, Hanifi SM, Iqbal M, Rasheed S, Rahman MS, Ahmed T, et al. Prospects of mHealth services in Bangladesh: recent evidence from Chakaria. *PLoS One* [Internet]. 2014 [citado 24 oct 2022]; 9(11): e111413. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111413>.
 40. Heyer A, Granberg RE, Rising KL, Binder AF, Gentsch AT, Handley NR. Medical Oncology Professionals' Perceptions of Telehealth Video Visits. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2021 Jan [citado 24 oct 2022]; 4(1): e2033967. Disponible en <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.33967>.
 41. Calton BA, Rabow MW, Branagan L, Dionne-Odom JN, Parker Oliver D, Bakitas MA, et al. Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know About Telepalliative Care. *J Palliat Med* [Internet]. 2019 [citado 24 oct 2022]; (8): 981-985. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0278>.
 42. Ilozumba O, Dieleman M, Kraamwinkel N, Van Belle S, Chaudoury M, Broerse JEW. I am not telling. The mobile is telling: factors influencing the outcomes of a community health worker mHealth intervention in India. *PLoS One* [Internet]. 2018 [citado 24 oct 2022]; 13(3): e0194927. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0194927>
 43. Mehrotra A, Linetsky D, Hatch H. This is supposed to be telemedicine's time to shine. Why are doctors abandoning it? *STAT* [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.statnews.com/2020/06/25/telemedicine-time-to-shine-doctors-abandoning-it/>
 44. Heyer A, Granberg RE, Rising KL, Binder A, Gentsch A, Handley N. Medical oncology professionals' perceptions of telehealth video visits. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2021 [citado 24 oct 2022]; 4: e2033967. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.33967>.