



Comunicación Corta

Implementación del servicio de teleconsulta con énfasis en gastroenterología en la Red de Clínicas San Pablo (Perú) durante la pandemia por COVID-19

Implementation of the teleconsultation service with an emphasis on gastroenterology in the San Pablo Clinic Network (Peru) during the COVID-19 pandemic

DOI

Oscar Huapaya-Huertas^{1,a}, Josselin Palomino-Rojas^{2,b}, Carlos Calle-Teixeira^{3,c}, Gabriel Alvarez-Huiman^{4,d}, María José Rojas-Puell^{1,e}, Alvaro Taype-Rondan^{5,6,f}<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.154.1558>

RESUMEN

Objetivo: Describir las atenciones del servicio de teleconsulta en la Red de Clínicas San Pablo (RCSP) durante la pandemia por COVID-19, con énfasis en la especialidad de gastroenterología. **El estudio:** Estudio descriptivo. Se revisaron los datos del Sistema de Historias Clínicas Electrónicas y el sistema administrativo de la RCSP. **Hallazgos:** La RCSP incluye 8 sedes (5 en Lima). Entre abril 2020 y diciembre 2021, se realizaron 1 156 253 atenciones (6,6% de estas por teleconsulta). Las especialidades con más teleconsultas fueron medicina interna y endocrinología. Las especialidades con más consultas presenciales fueron gineco-obstetricia y traumatología. Gastroenterología fue la novena especialidad más frecuente en teleconsulta y la quinta en consulta presencial. Los diagnósticos más frecuentes de esta especialidad, tanto para consulta presencial como teleconsulta, fueron dispepsia y enfermedad del reflujo gastroesofágico. **Conclusión:** Se reporta la implementación del servicio de teleconsulta en la RCSP. Además, se brindan lecciones aprendidas en este proceso.

Palabras Clave: Telemedicina, Telesalud, Gastroenterología (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objective: To describe the assistance provided by the teleconsultation service in the San Pablo Clinic Network (RCSP) during the COVID-19 pandemic, with an emphasis on the specialty of gastroenterology. **The study:** Descriptive study. Data from the Electronic Medical Records System and the RCSP administrative system were reviewed. **Results:** The RCSP includes 8 locations (5 in Lima). Between April 2020 and December 2021, 1,156,253 visits were made (6.6% of these by teleconsultation). The specialties with the most teleconsultations were internal medicine and endocrinology, and the specialties with the most face-to-face consultations were gynecology-obstetrics and traumatology. Gastroenterology was the ninth most frequent specialty in teleconsultation and the fifth in face-to-face consultation. The most frequent diagnoses of this specialty, both for face-to-face consultation and teleconsultation, were dyspepsia and gastroesophageal reflux disease. **Conclusion:** The implementation of the teleconsultation service in the RCSP is reported. In addition, lessons learned in this process are provided.

Keywords: Telemedicine, Telehealth, Gastroenterology. (Source: DeCS-BIREME).

FILIACIÓN

1. Universidad Científica del Sur. Lima, Perú.
2. Clínica Jesús del Norte. Lima, Perú.
3. Clínica San Pablo. Lima, Perú.
4. Clínica San Gabriel. Lima, Perú.
5. Unidad de Investigación para la Generación y Síntesis de Evidencias en Salud, Universidad San Ignacio de Loyola. Lima, Perú.
6. EviSalud - Evidencias en Salud. Lima, Perú.
 - a. Médico Magister en Informática Biomédica.
 - b. Ingeniera en Gestión Empresarial.
 - c. Médico Especialista en Medicina Interna.
 - d. Economista Magister en Gerencia en Salud.
 - e. Estudiante de Medicina Humana.
 - f. Médico Epidemiólogo.

ORCID

1. Oscar Huapaya Huertas / [0000-0002-5435-7246](https://orcid.org/0000-0002-5435-7246)
2. Josselin Palomino Rojas / [0000-0003-1118-6050](https://orcid.org/0000-0003-1118-6050)
3. Carlos Calle Teixeira / [0000-0002-1288-3598](https://orcid.org/0000-0002-1288-3598)
4. Gabriel Alvarez Huiman / [0000-0001-7885-0337](https://orcid.org/0000-0001-7885-0337)
5. María José Rojas Puell / [0000-0003-1757-6690](https://orcid.org/0000-0003-1757-6690)
6. Alvaro Taype Rondan / [0000-0001-8758-0463](https://orcid.org/0000-0001-8758-0463)

CORRESPONDENCIA

Oscar Huapaya Huertas
Dirección: Carlos Arrieta 253 Departamento 102 Barranco
Teléfono: (+51) 981063835

EMAIL

ohuapaya@cientifica.edu.pe

CONFLICTOS DE INTERÉS

OHH es el Jefe Corporativo de la Unidad de Informática Biomédica, JPR es asistente de la Sub-Gerencia General Corporativa, CCT es el Sub-Gerente General Corporativo, GAH es el Gerente General Adjunto en la Red de Clínicas San Pablo.

FINANCIAMIENTO

El presente estudio ha sido autofinanciado por los autores.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Esthefany Castillo y Alina Gomez por el apoyo constante en la obtención de información relevante para este artículo.

REVISIÓN DE PARES

Recibido: 18/07/2022
Aceptado: 05/12/2022

CÓMO CITAR

Huapaya-Huertas O, Palomino-Rojas J, Calle-Teixeira C, Alvarez-Huiman G, Rojas-Puell MJ, Taype-Rondan A. Implementación del servicio de teleconsulta con énfasis en gastroenterología en la Red de Clínicas San Pablo (Perú) durante la pandemia por COVID-19. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 5 de febrero de 2023 [citado 16 de abril de 2023];15(4). DOI: [10.35434/rcmhnaaa.2022.154.1558](https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.154.1558)



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.
Versión Impresa: ISSN: 2225-5109
Versión Electrónica: ISSN: 2227-4731
Cross Ref. DOI: 10.35434/rcmhnaaa
OJS: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs>

INTRODUCCIÓN

La telesalud incluye todas las actividades que permiten la realización de actividades de salud a distancia. Incluyendo la teleconsulta, definida como la prestación de servicios de un personal de salud a distancia (como servicios de diagnóstico, tratamiento o evaluación, según sea el caso)⁽¹⁾.

La implementación de la telesalud ha sido por lo general forzada y acelerada durante la pandemia por COVID-19, debido a las restricciones de movilización y distanciamiento que se dieron de manera abrupta⁽²⁾. De igual manera, ha tenido que superar numerosas limitaciones, según el contexto de cada país. En Perú, antes de la pandemia por COVID-19 se habían reportado pocas experiencias en telesalud⁽³⁾. Sin embargo, durante la pandemia se actualizaron las normativas para favorecer su implementación, para permitir la realización de atenciones directas entre pacientes y profesionales, pues la normativa previa exigía que la comunicación para la atención cuente con dos profesionales, uno al lado del paciente (consultante) y el profesional especialista (consultor)⁽⁴⁾.

Una encuesta de la Asociación Médica Estadounidense en 2016 encontró que gastroenterología es una de las especialidades con menor uso en teleconsultas⁽⁵⁾. Sin embargo, el uso de teleconsultas en la especialidad de gastroenterología a nivel mundial data desde antes de la pandemia por COVID-19, e incluso se ha considerado que es una herramienta importante para una óptima atención y control de los pacientes⁽⁶⁾.

En el contexto de pandemia por COVID-19, los servicios de telesalud en gastroenterología han visto un crecimiento exponencial, se ha reportado el uso de teleconsultas para otras enfermedades gastrointestinales, como carcinoma hepatocelular⁽⁷⁾, enfermedades implicadas con la motilidad gastrointestinal, enfermedad inflamatoria intestinal, hepatitis C, dolor abdominal, pruebas hepáticas anormales, sangrado gastrointestinal, detección de cáncer colorrectal^(8,9) y coloproctología⁽¹⁰⁾. En Estados Unidos, se estima que en las dos primeras semanas dicha especialidad aumento en 4 000% sus atenciones por telesalud, lo que equivalía a la sumatoria de atenciones de los últimos 6 años previos a la pandemia⁽⁹⁾. Sin embargo, en Perú, a nuestro conocimiento, no se han publicado reportes sobre la implementación de teleconsultas durante la pandemia por COVID-19.

Por ello, el presente estudio busca describir las atenciones del servicio de teleconsulta en la Red de Clínicas San Pablo (RCSP) durante la pandemia por COVID-19 haciendo énfasis en gastroenterología. Así como presentar el proceso seguido para la implementación de las teleconsultas en la RCSP, con datos y lecciones aprendidas al respecto. La información expuesta podrá ser de utilidad para quienes estén proyectando o perfeccionando procesos de teleconsulta en gastroenterología en Perú o en contextos similares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, evaluando las consultas y teleconsultas realizadas por la RCSP

Implementación de las teleconsultas en la RCSP.

El RCSP fue fundado el año 1991 y al año 2022 cuenta en Perú con 2400 médicos especialistas, de los cuales 181 médicos son gastroenterólogos distribuidos en ocho instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS): cinco ubicadas en la ciudad de Lima y tres de otras regiones del Perú. Estas IPRESS son:

- Clínica San Pablo Surco - Lima. Categoría II-2
- Clínica Jesús del Norte - Lima. Categoría II-2
- Clínica San Juan Bautista - Lima. Categoría II-2
- Clínica San Gabriel - Lima. Categoría II-2
- Clínica Santa Martha del Sur - Lima. Categoría II-2
- Clínica Cerro Colorado - Arequipa. Categoría II-2
- Clínica La Merced - Trujillo. Categoría II-2
- Clínica San Pablo - Huaraz. Categoría II-1

Fases de la implementación del servicio de teleconsulta:

En la RCSP se trabajó con la metodología Design Thinking⁽¹¹⁾ tomando cinco fases: empatizar, definir, idear, prototipar y testear.

Empatizar

Antes de la pandemia por COVID-19, la RCSP, como otras IPRESS en el Perú, no había implementado ningún programa de telesalud. El 11 de marzo del 2020 se declaró el estado de Emergencia en el Perú por la pandemia por COVID-19. La cuarentena permitía solo las atenciones por emergencia y urgencia, dejando sin posibilidad de atención los servicios ambulatorios⁽¹²⁾. Ante la necesidad de seguir brindando atenciones en salud, la RCSP implementó el servicio de teleconsulta en forma gradual en sus ocho IPRESS.

Este proceso fue liderado por el área de Informática Biomédica, iniciando el 20 de marzo un proceso para atenciones de teleconsulta, tomando como base las experiencias previas del programa de teleinterconsulta que ya estaba funcionando para brindar atenciones en forma remota entre una IPRESS de la RCSP y un centro de salud en una unidad minera. Se tuvieron que realizar modificaciones a los procesos ambulatorios internos para incorporar una solución rápida que permita al paciente continuar con sus atenciones. Posteriormente, se entrevistaron pacientes y médicos para evaluar las expectativas que podrían sobre el servicio en desarrollo.

Definir

En base a las entrevistas y los procesos del servicio ambulatorio se identificaron necesidades. Asimismo, se determinó cuáles eran los requerimientos mínimos que debían generarse para lograr satisfacer al usuario final. En paralelo, se definieron los recursos técnicos que iban a ser destinados junto a un presupuesto general.

Idear

En el proceso ideación se evaluaron las características de los servicios de teleconsulta en otras instituciones, se buscaron ideas disruptivas en otras latitudes, y se buscó identificar los puntos básicos exigidos por la normativa de teleconsulta.

Prototipar

La base para la elaboración del prototipo fue no limitarse a la estructura administrativa o asistencial, ya que las instituciones no se encontraban preparadas para los servicios de teleconsulta. Se dibujaron procesos tomando como base los requerimientos del usuario final. Asimismo, se realizaron capacitaciones a un grupo reducido de 12 médicos de la Clínica San Pablo Surco, con la intención de obtener comentarios de mejoras al producto diseñado.

Testear

Luego de diseñar el proceso, se realizó un piloto de teleconsultas el 27 de abril del 2020, que constó de dos atenciones en la Clínica San Pablo Surco. Posteriormente, se fue capacitando a todos los médicos interesados en formar parte del programa.

Luego de mejoras rápidas, se realizó el despliegue en tres IPRESS (Jesús del Norte, San Gabriel, y La Merced - Trujillo) el 1 de junio del 2020. Finalmente, el 13 de julio del 2020, se implementó en las últimas cuatro IPRESS (San Juan Bautista, Santa Martha del Sur, Cerro Colorado - Arequipa y San Pablo - Huaraz). El proceso de implementación se puede observar en la Figura 1A. Antes de la implementación de cada servicio se realizó una serie de capacitaciones a los médicos y personal administrativo relacionado.

Cómo funciona el servicio de teleconsulta

El proceso de atención de las teleconsultas inicia con la obtención de la cita por alguno de los tres canales habilitados (aplicativo móvil, página web o central telefónica). Posteriormente se notifica al paciente la confirmación de la cita con un mensaje de texto y un correo electrónico, donde podrá encontrar el link de la videoconsulta. Antes de la teleconsulta, el paciente es llamado para que brinde su consentimiento informado para la atención y consentimiento informado de tratamiento de datos personales. Ambos son exigidos por la normativa vigente en el Perú.

El día de la atención, el paciente recibe una llamada dos horas antes para recordarle la misma. La atención médica se brinda mediante la plataforma de DOC24 (desarrollada por terceros, que consta de una aplicación para dispositivos móviles y una web para dispositivos de escritorio). El paciente ingresa al link que le corresponde, y se encuentra en una sala de espera hasta que el médico confirme su ingreso. La atención tiene una duración en promedio entre 15 a 25 minutos dependiendo de la especialidad.

Al finalizar la atención, el médico completa el registro médico, y genera según corresponda la receta y/o la solicitud de pruebas de laboratorio o imágenes. Los pacientes reciben dicha documentación por correo electrónico y un personal de la IPRESS los llama en un periodo no mayor a las 12 horas para acordar una fecha de entrega de medicamentos o toma de prueba de laboratorio. El proceso detallado se puede visualizar en la Figura 1B.

El profesional de salud inicialmente cumplía funciones en la IPRESS correspondiente. Sin embargo, en el transcurso del programa se ha ido migrando a que algunos profesionales

puedan realizar atenciones desde sus viviendas. Para la implementación de dicho programa se tiene un protocolo, se brindan accesos con Virtual Private Network (VPN), el cual cuenta con un sistema de doble validación, de tal forma que puedan acceder al Sistema de Historias Clínicas Electrónicas (SHCE) de forma segura, el cual es ofertado por un proveedor español cuyo nombre es HOSIX. Asimismo, se valida que el profesional cuente con los requerimientos tecnológicos mínimos para brindar una atención de calidad, y se ejecutan controles aleatorios para evaluar que se cumpla el plan de atenciones.

Al 2022, en la RCSP se mantienen dos modelos, 7 de las 8 IPRESS cuentan con un SHCE⁽¹³⁾, por dicho motivo se manejan dos tipos de procesos de teleconsultas. En las 7 IPRESS con SHCE (San Pablo - Surco, Jesús del Norte, San Juan Bautista, Santa Martha del Sur, Cerro Colorado - Arequipa, San Gabriel, La Merced - Trujillo), el médico puede visualizar en el mismo SHCE el listado de pacientes que atenderá por teleconsulta o de manera presencial. Esto le permite gestionar los tiempos de atención entre pacientes. En estas IPRESS, con respecto al registro de la atención por teleconsulta, el médico completa un formato (plantilla) que está basado en la normativa brindada por el Ministerio de Salud⁽¹⁴⁾. Además, realiza la prescripción médica y puede solicitar pruebas de laboratorio y/o imágenes usando el SHCE. Al finalizar la consulta, el médico realiza la firma digital y los documentos generados (recetas, indicaciones de exámen, descansos médicos e informes) son enviados automáticamente por correo electrónico al paciente.

Por otro lado, la única IPRESS sin SHCE es San Pablo Huaraz, donde se registra la atención en un formato físico, los documentos generados como receta, indicaciones de laboratorio y otros son escaneados para realizar un envío por correo electrónico al paciente. Adicional a los servicios de teleconsulta se implementaron servicios adicionales de entrega de medicamentos y toma de pruebas a domicilio. La totalidad de especialidades tenían el mismo proceso administrativo y de atención.

Procedimientos del estudio

Para obtener información sobre las teleconsultas y consultas presenciales en la RCSP se procesaron datos de los dos sistemas principales con los que cuentan: la SHCE (en aquellas IPRESS que se cuenta con dicho sistema) y el sistema administrativo (en la IPRESS que no cuenta con SHCE). Se analizaron los diagnósticos en base al clasificador internacional de enfermedades versión 10 (CIE-10).

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico, se calcularon frecuencias absolutas y relativas, y se elaboraron gráficos según corresponda.

Resultados

Figura 1. Implementación de los servicios de teleconsulta y proceso de atención por teleconsulta en la Red de Clínicas San Pablo (Perú).

1A) Implementación de los servicios de teleconsulta



1B) Proceso de atención por teleconsulta



Figura 1.

Implementación de los servicios de teleconsulta y proceso de atención por teleconsulta en la Red de Clínicas San Pablo (Perú)

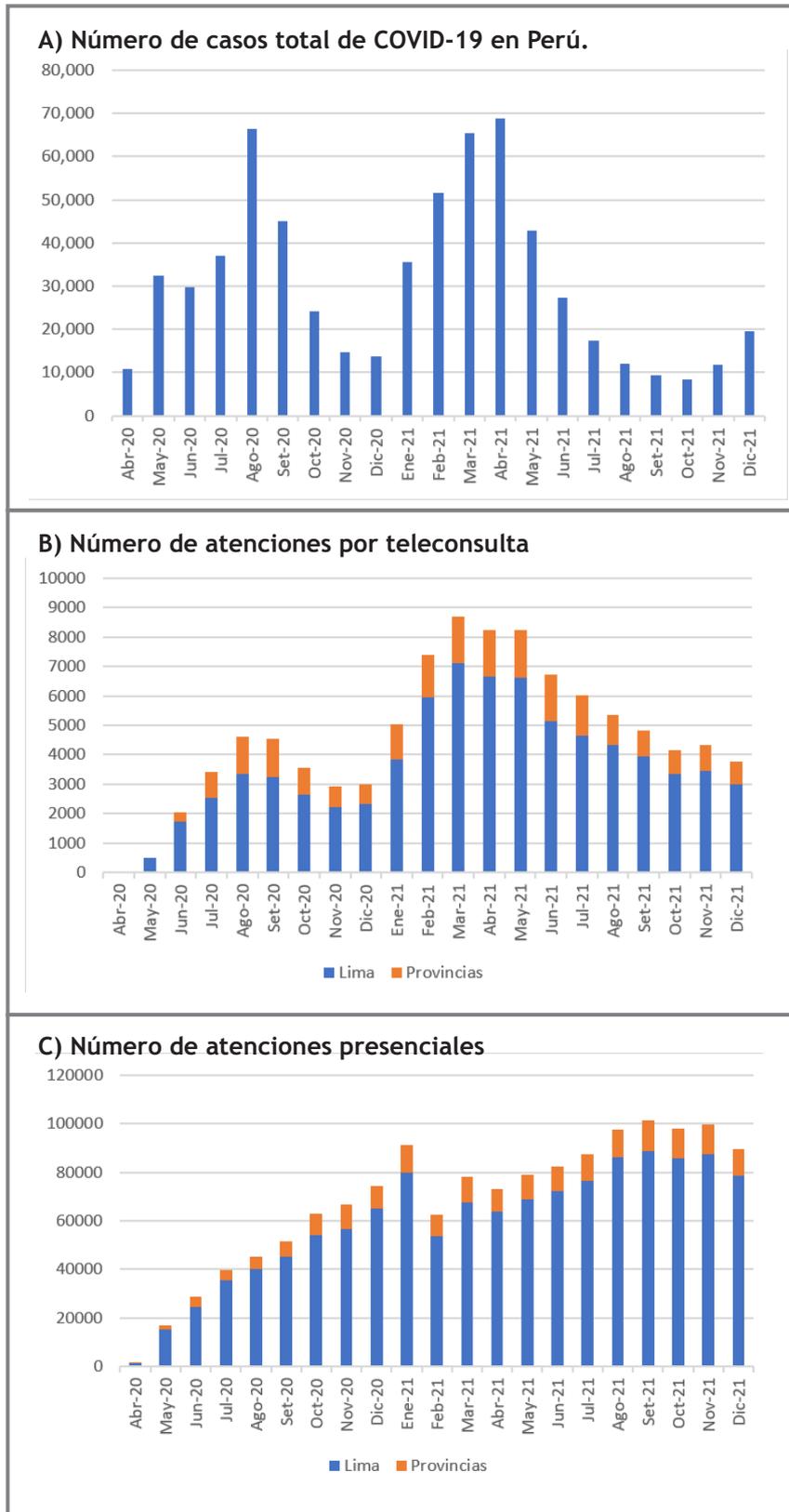


Figura 2. Número de casos de COVID-19, consultas presenciales y teleconsultas en la Red de Clínicas San Pablo

En la Figura 2, se observa que el volumen de atenciones por teleconsulta tuvo picos en agosto-setiembre del 2020 y marzo-mayo del 2021, lo cual coincidió con el número de casos de COVID-19 en el Perú. Asimismo, se puede visualizar que en la medida que aumentan las consultas presenciales, existe una disminución del volumen de teleconsultas.

Tabla 1. Número de personas consultas presenciales y teleconsultas por cada sede (abril del 2020 a diciembre del 2021).

Sede	Total	Presencial	Teleconsulta	% de teleconsulta
Lima				
Clínica Jesús del Norte	323 105	307 389	15 716	4,9%
Clínica San Gabriel	187 225	174 433	12 792	6,8%
Clínica San Pablo - Surco	177 815	161 758	16 057	9,0%
Clínica San Juan Bautista	154 442	152 552	1890	1,2%
Clínica Santa Martha del Sur	138 014	126 944	11 070	8,00%
Provincias				
Clínica La Merced - Trujillo	73 981	64 768	9213	12,5%
Clínica Cerro Colorado - Arequipa	64 277	58 935	5342	8,3%
Clínica San Pablo - Huaraz	37 394	33 207	4187	11,2%
Total	1 156 253	1 079 986	76 267	6,6%

En el periodo abril 2020 a diciembre 2021, se realizaron 1 156 253 atenciones ambulatorias: 1 079 986 presenciales y 76 267 (6,6%) por teleconsulta. Las IPRESS que han generado mayor volumen de atenciones por teleconsulta son San Pablo-Surco y Jesús del Norte. Sin embargo, las IPRESS que tuvieron el mayor porcentaje de teleconsultas fueron dos de provincias: La Merced - Trujillo y San Pablo - Huaraz (Tabla 1).

Tabla 2. Diez especialidades con mayor número de consultas presenciales y de teleconsultas (abril del 2020 a diciembre del 2021).

Presencial		Teleconsulta	
Especialidad	n (%)	Especialidad	n (%)
Gineco-obstetricia	133 678 (11,6)	Medicina interna	27 007 (30,6)
Traumatología	99 568 (8,7)	Endocrinología	11 227 (12,7)
Medicina interna	94 654 (8,2)	Neumología	5481 (6,2)
Pediatría y neonatología	82 191 (7,2)	Dermatología	5002 (5,7)
Gastroenterología	75 977 (6,6)	Psiquiatría	4134 (4,7)
Otorrinolaringología	67 480 (5,9)	Cardiología	4012 (4,5)
Oftalmología	58 762 (5,1)	Pediatría y neonatología	3919 (4,4)
Rehabilitación	58 495 (5,1)	Urología	3531 (4,0)
Cardiología	48 265 (4,2)	Gastroenterología	3295 (3,7)
Endocrinología	46 256 (4,0)	Reumatología	3066 (3,5)

En relación con las especialidades, el comportamiento es diferente entre los servicios presenciales y de teleconsulta. Los servicios con más teleconsultas fueron medicina interna, endocrinología y neumología. En tanto que los servicios con más consultas presenciales fueron gineco-obstetricia, traumatología y medicina interna. En cuanto a la especialidad de gastroenterología, en la consulta presencial se encuentra como la quinta especialidad más solicitada, mientras que en los servicios de teleconsulta pasa a ser la novena (Tabla 2).

Tabla 3. Diagnósticos con mayor número de consultas presenciales y de teleconsultas.

Presencial		Teleconsulta	
Diagnóstico	n (%)	Diagnóstico	n (%)
Dispepsia	8633 (11,2)	Enfermedad del reflujo gastroesofágico	485 (14,7)
Enfermedad del reflujo gastroesofágico	9419 (12,2)	Dispepsia	362 (11,0)
Gastritis, no especificada	4691 (6,1)	Síndrome del colon irritable sin diarrea	195 (5,9)
Síndrome del colon irritable sin diarrea	4313 (5,6)	Constipación	171 (5,2)
Constipación	3458 (4,5)	Gastritis, no especificada	161 (4,9)
Otros dolores abdominales	2915 (3,8)	Gastritis crónica, no especificada	96 (2,9)
Gastritis crónica superficial	2219 (2,9)	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	94 (2,9)
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen	2006 (2,6)	Síndrome del colon irritable con diarrea	90 (2,7)
Dispepsia	8633 (11,2)	Enfermedad del reflujo gastroesofágico	485 (14,7)
Enfermedad del reflujo gastroesofágico	9419 (12,2)	Dispepsia	362 (11,0)

En relación al servicio de gastroenterología, se observa que los diagnósticos atendidos por el servicio presencial y teleconsulta fueron mayormente similares. Siendo los cinco primeros diagnósticos los mismos: dispepsia, enfermedad del reflujo gastroesofágico, gastritis no especificada, síndrome del colon irritable sin diarrea, y constipación (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Nuestro estudio reporta el uso de telemedicina en la RCSP. Con énfasis en la especialidad de gastroenterología. Escasos estudios previos han evaluado la telemedicina para esta especialidad. Previo a la pandemia, el programa Extension for Community Healthcare Outcomes (ECHO) implementado en México y Argentina, mediante el uso de telemonitoreo logró mejorar la identificación temprana de hepatopatía crónica disminuyendo las tasas de mortalidad en dichos pacientes⁽¹⁵⁾. Por otro lado, en el Hospital Universitario de Cincinnati de Estados Unidos el telemonitoreo ha sido usado para la identificación de signos, síntomas, funciones vitales y valores de laboratorios en pacientes pediátricos durante el perioperatorio después de un trasplante de hígado^(16,17).

Como hemos presentado, en la RCSP se realizó un diseño e implementación acelerados del servicio de teleconsultas en el contexto de pandemia por COVID-19. Durante este proceso hemos aprendido lecciones valiosas, que dividiremos en tres rubros: administrativas, asistenciales y frente al usuario final.

En relación con las lecciones administrativas, se tuvieron que generar nuevos procesos para una atención por teleconsulta (lo cual incluye softwares y funciones). En cuanto al software, se reestructuraron los que contaba las IPRESS y se tuvo que adquirir nuevo software de manera rápida, como el de videoconsultas. Con respecto a las nuevas funciones, estas tuvieron que ser asignadas capacitando a personal existente (por ejemplo, a las funciones del personal de central telefónica donde se brindaba información y agendaban citas, tuvo que sumarse la validación de coberturas de seguros y grabación de consentimientos informados). Estos cambios rápidos demandaron flexibilidad y un accionar decidido por parte de los directivos y del equipo operativo encargado de la implementación de las teleconsultas.

En relación con las lecciones aprendidas asistenciales, observamos que la percepción del profesional sobre el uso de la teleconsulta era positiva, en el marco de una necesidad ya que muchos profesionales de salud tenían factores de riesgo para COVID-19. Los problemas giraron mayormente en los datos, la comunicación al paciente y el uso de una nueva plataforma para realizar una atención médica. En relación al primero, fue de vital importancia la educación al médico, de tal forma, que el pueda transmitir un mensaje sencillo a los pacientes sobre la importancia de la teleconsulta. Para el segundo problema, consideramos que la mejor alternativa para afianzar este punto es el apoyo continuo en el proceso a los profesionales. Se debe contar con un soporte continuo, asimismo, se deben generar capacitaciones frecuentes para que el profesional comprenda la importancia de los servicios de telesalud y promueva el uso de las mismas.

Con respecto al usuario final (el paciente que necesitaba una atención), en Perú la población tenía mucho desconocimiento previo sobre los servicios de telesalud, por lo cual en la RCSP se realizó grandes esfuerzos publicitarios en esa línea (publicidad en redes sociales, medios televisivos, radiales, entre otros), buscando darle a conocer a los pacientes en qué consistía la teleconsulta (que implicaba dejar de ver a su médico en forma presencial) y explicarle la importancia de continuar su atención sin acudir en forma física. Un problema poco abordado, es la baja cobertura de internet que se tiene en algunas zonas del país, lo que dificulta la prestación de este tipo de servicios. Otro problema importante fue la dificultad para el uso de nuevas tecnologías, ya que los usuarios deben acceder mediante una forma diferente a la conexión con el profesional de salud. Adicional a lo descrito, el paciente se sometió a nuevos procesos administrativos como los servicios de delivery, que el paciente debió comenzar a entender para la entrega de sus medicamentos y la realización de pruebas de laboratorio.

Por otro lado, sobre las atenciones de gastroenterología, se sabe que el uso de la telesalud data desde antes de la pandemia por COVID-19^(6,15-17). Sin embargo, en Estados Unidos, un estudio previo a la pandemia identificó que gastroenterología era una de las especialidades con menor uso de este tipo de servicios⁽⁵⁾. En el contexto de pandemia se modificaron estas condiciones. En Colombia, se han realizado implementaciones aceleradas por la necesidad de la continuidad de atención, donde se registraron 626 atenciones para gastroenterología en 25 días luego de iniciada la pandemia⁽¹⁰⁾. En el caso de la RCSP se ha

identificado que gastroenterología es una especialidad que requiere de la combinación de atenciones presenciales con teleconsulta. Esta última regularmente es usada para continuidad de tratamiento o pacientes que requieren una atención de baja complejidad.

En relación con las teleconsultas como RCSP, encontramos que el número de teleconsultas fue mayor durante los picos de las dos olas de COVID-19 en el Perú. Esto resulta esperable, debido a que durante estos picos aumentaron las medidas de confinamiento y el temor de la población de exponerse innecesariamente a contactos cercanos con otras personas⁽⁹⁾. Estamos ante un escenario nuevo para la atención de salud en el Perú, en el que la coexistencia de ambas modalidades (presenciales y teleconsultas) puede potenciar la oferta y el territorio abarcado para brindar atenciones médicas.

Las IPRESS que tuvieron el mayor porcentaje de teleconsultas fueron dos sedes de provincia: Clínica La Merced - Trujillo y Clínica San Pablo - Huaraz. Esto podría tener una explicación en la locación y coyuntura de dichas regiones. Asimismo, identificamos que el personal administrativo de estas clínicas realizó un mayor esfuerzo por ofrecer un mejor servicio de teleconsulta, y los profesionales de salud indicaron con más frecuencia a sus pacientes en qué condiciones deben realizar su seguimiento por teleconsulta o consulta presencial.

En conclusión, el contexto de la pandemia por COVID-19 sirvió como catalizador para la implementación del servicio de teleconsulta en el sector salud. Hemos expuesto la experiencia de implementación de servicios de teleconsulta en la RCSP, y reflexionado sobre las lecciones aprendidas. Consideramos que el servicio de teleconsulta “llegó para quedarse” en varias especialidades incluyendo gastroenterología. Sugerimos que se realicen estudios que evalúen la complementariedad entre teleconsulta y la atención presencial, asimismo, el impacto que este tipo de servicios tienen en el paciente. Esperamos que este artículo sea de utilidad para las IPRESS de Latinoamérica que están asumiendo el reto de adoptar la teleconsulta como una herramienta más para la atención de sus pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Telesalud - Gobierno del Perú [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [citado 6 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/telesalud>
2. Cuba H. Pandemia en el Perú - Acciones, impactos y consecuencias del covid-19. [Internet]. Lima: Colegio Médico del Perú; 2021 [citado 6 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2021/05/La-Pandemia-CUBA-correctada-vale.pdf>
3. Gozzer Infante E. Una visión panorámica de las experiencias de Telesalud en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;32(2):385-90
4. Curioso WH, Galán-Rodas E. El rol de la telesalud en la lucha contra el COVID-19 y la evolución del marco normativo peruano. Acta Med Peru. 2020;37(3):366-75. doi: 10.35663/amp.2020.373.1004
5. Kane CK, Gillis K. The Use of Telemedicine By Physicians: Still The Exception Rather Than The Rule. Health Aff. 2018;37(12):1923-30. doi: 10.1377/hlthaff.2018.05077
6. Stotts MJ, Grischkan JA, Khungar V. Improving cirrhosis care: The potential for telemedicine and mobile health technologies. World J Gastroenterol. 2019;25(29):3849-56. doi: 10.3748/wjg.v25.i29.3849
7. Pomej K, Scheiner B, Hartl L, Balcar L, Meischl T, Mandorfer M, et al. COVID-19 pandemic: Impact on the management of patients with hepatocellular carcinoma at a tertiary care hospital. 2021;16(8): e0256544. doi: 10.1371/journal.pone.0256544
8. Serper M, Cubell AW, Deleener ME, Casher TK, Rosenberg DJ,

- Whitebloom D et al. Telemedicina en enfermedades hepáticas y más allá: ¿la crisis de COVID-19 puede llevar a la acción? *hepatología*. 2020;72:723-728.
9. Perisetti A, Goyal H. Successful distancing: Telemedicine in gastroenterology and hepatology during the COVID-19 pandemic. *Dig Dis Sci*. 2021;66(4):945-53. doi: 10.1007/s10620-021-06874-x
 10. Velásquez JRM. Teleconsulta en la pandemia por Coronavirus: desafíos para la telemedicina pos-COVID-19. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2020;35(Supl 1). doi: 10.22516/25007440.543
 11. Altman M, Huang TT, Breland JY. Design Thinking in Health Care. *Prev Chronic Dis*. 2018;15:180128. doi: 10.5888/pcd15.180128.
 12. Ministerio de transporte y comunicaciones. Declaratoria de Emergencia Sanitaria Nacional [Internet]. Lima: MTC; 2020. [citado 6 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/mtc/informes-publicaciones/1074671-declaratoria-de-emergencia-sanitaria-nacional>
 13. Huapaya-Huertas O, Palomino-Rojas J, Calle-Teixeira C, Alvarez-Huiman G, Montesinos-Segura R, Taype-Rondan A. Experiencia del Complejo Hospitalario San Pablo (Perú) en la implementación de un sistema de historias clínicas electrónicas. *An Fac Med*. 2021;82(4). doi: 10.15381/anales.v82i4.22211
 14. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 117-2020-MINSA [Internet]. Lima: MINSA; 2020 [citado 9 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/462720-117-2020-minsa>
 15. Marciano S, Haddad L, Plazotta F, Mauro E, Terraza S, Arora S, et al. Implementation of the ECHO® telementoring model for the treatment of patients with hepatitis C. *J Med Virol*. 2017 ;89 (4): 660-664. doi:10.1002/jmv.24668
 16. Ertel AE, Kaiser TE, Abbott DE, Shah SA. Use of video-based education and tele-health home monitoring after liver transplantation: Results of a novel pilot study. *Surgery*.2016;160(4):869-76. doi: 10.1016/j.surg.2016.06.016
 17. Song B, Schulze M, Goldschmidt I, Haux R, Baumann U, Marscholke M. Home monitoring and decision support for international liver transplant children. *Stud Health Technol Inform* [Internet]. 2013 [citado el 12 de octubre de 2022];192:268-72. Available from: <https://ebooks.iospress.nl/publication/34000>.