

## **Sistematización de la experiencia de telesalud de la EPS SURA, durante la pandemia por COVID en Colombia, 2020 - 2021.**

---

Figuroa-Restrepo Vanessa <sup>1</sup>, Gaviria-Jiménez Juan José <sup>2</sup>

1. Enfermera Auditora de Calidad en Salud, Candidata a Magíster en Telesalud Universidad de Antioquia. Analista de Gestión Eficiente EPS SURA - Colombia
2. Médico Epidemiólogo Clínico. Magíster en Telesalud. Profesor Universidad de Antioquia.

**Introducción.** La pandemia por COVID significó grandes retos para la prestación de servicios de salud a nivel mundial; y las estrategias de servicio que integraron el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), como la telesalud, contribuyeron a mantener la continuidad del cuidado y a contener la gran demanda de servicios. Teniendo en cuenta que a nivel local y para la EPS Suramericana, el uso de dichas tecnologías es algo reciente y novedoso, y que como toda nueva tecnología o metodología de trabajo requiere ajustes a los procesos, los tipos de usuarios y a condiciones propias de cada lugar; es importante conocer los aprendizajes y elementos claves identificados por algunos de los participantes del programa, generando conocimientos para mejorar la estrategia.

**Objetivo.** Sistematizar la experiencia de Telesalud en el marco del Programa de Atención Integral de pacientes sospechosos, confirmados y negativos para COVID (PAIC) de la EPS SURA en Colombia para el año 2020-2021.

**Materiales y métodos.** Se trata de un estudio cualitativo de tipo sistematización de experiencias. Se realizaron 13 entrevistas y se agruparon los resultados en cuatro categorías (necesidades, dificultades, aprendizajes y logros). El proceso de sistematización se desarrolló paralelamente con el proceso de análisis. Este proceso comprendió las relaciones entre categorías y los diferentes roles de participación y vivencia de la experiencia.

**Conclusiones.** La experiencia de telesalud de la Compañía Suramericana a partir de la pandemia por COVID-19 fue exitosa y permitió dar respuesta a la atención por salud pública apoyada por las TIC, al fortalecer habilidades de desarrollo de software en diferentes frentes de trabajo de la Compañía y al generar y fortalecer canales y medios de servicio tecnológicos orientados a los pacientes y sus familias.

Un nuevo coronavirus (SARS-CoV 2) que ocasiona la COVID-19 apareció en el mundo en diciembre de 2019 y fue catalogado como una emergencia en salud pública de importancia internacional (ESPII)(1); es así como en Colombia el primer caso reportado fue el 6 de marzo 2020, según el Ministerio de Salud Colombiano (2).

Si bien la pandemia por COVID impactó muchos aspectos de las poblaciones, uno de los más afectados fueron los sistemas de salud, ya que enfrentaron grandes desafíos para la atención de personas por el incremento de infectados, mayor demanda de servicios por sintomáticas respiratorias, represamiento de atenciones en otras patologías ya existentes, limitada disponibilidad de recursos técnicos, humanos y logísticos para la atención, altos niveles de fatiga en el personal, etc (3,4).

Dada la necesidad de continuar atendiendo a los pacientes en aislamiento y la importancia de priorizar la prestación de servicios presenciales a los pacientes con factores de riesgo para descompensación respiratoria, existen diversas estrategias reportadas, que hacen referencia al uso de herramientas o funcionalidades de las TIC, por ejemplo: uso de teléfonos inteligentes para facilitar un triaje anticipado a la posible llegada del paciente a los servicios de salud, seguimiento y acompañamiento a los pacientes mediante mensajería instantánea, envío de correo electrónico con componentes educativos, entre otros (5–7).

Suramericana Colombia (Sura) como compañía aseguradora que integra gestión de riesgos laborales, pólizas voluntarias y seguros obligatorios, formuló estrategias tecnológicas orientadas a facilitar el seguimiento a un posible diagnóstico de COVID en la estrategia para el cuidado de sus asegurados en la pandemia; es así como algunas de estas estrategias fueron: formulación de nuevos procesos y estrategias de atención, desarrollos de software para registro de síntomas, fortalecimiento de programa de telemedicina, mayor uso de la aplicación móvil, línea de telefonía fija y atención a través de la línea whatsapp® corporativa para triaje de pacientes, etc.

Esta investigación buscó sistematizar la experiencia del Programa de Atención Integral de pacientes sospechosos, confirmados y negativos COVID (PAIC) de la EPS SURA en Colombia para el año 2020-2021, y conocer desde la perspectiva de cada uno de los actores que participaron en la intervención, las percepciones, aprendizajes y reflexiones resultantes luego de poner en funcionamiento el programa.

## **MATERIALES Y MÉTODOS:**

### **Tipo de estudio:**

Este estudio es una investigación cualitativa de tipo sistematización de experiencias; la cual tiene su fundamento teórico en las ciencias sociales y busca identificar el conocimiento práctico derivado de las experiencias y participación de los diferentes actores de los procesos (8).

Este trabajo se ajustó a los criterios de publicación de investigaciones cualitativas descritas por O'Brien et al (9), y contó con el aval del comité de investigación de

Suramericana Seguros, cumpliendo los protocolos de custodia de la información recolectada y siguiendo las buenas prácticas de investigación en seres humanos; previa autorización y firma de consentimiento informado de los sujetos de investigación.

**Ordenar y reconstruir el proceso vivido:**

Tal como lo afirma Jara et al (10) , acerca de los componentes básicos de una sistematización de experiencia que involucra ordenar y reconstruir el proceso vivido; este ejercicio contó con un componente de identificación y breve caracterización del proceso vivido en el PAIC.

La identificación del proceso se realizó a partir de la revisión de documentación de la compañía (actas) y entrevistas con los líderes participantes de la experiencia (líder de tecnología de la información, líder de equipo desarrolladores, líder clínico de la IPS virtual, entre otros); así mismo, los datos relacionados con los volúmenes y tipos de intervenciones del programa, se recolectaron del sistema de información (IPSA PHC ®) en los respectivos módulos de seguimiento, ayudas diagnósticas y desde la página web; por medio de consultas a la base de datos realizadas por el personal del área de Tecnologías de la Información.

**Población de estudio:**

Se tuvo como objeto de conocimiento los profesionales y líderes clínico - administrativos que hicieron parte de los procesos, diseños y ejecución del PAIC, en el periodo comprendido entre agosto de 2020 y agosto de 2021. Los criterios para participar fueron: haber participado del programa desde el período de inicio de la pandemia, y haber desempeñado actividades en cualquiera de los roles previamente definidos (gerentes o líderes coordinadores de área, personal de áreas de apoyo a la operación, personal clínico).

**Recolección de la información:**

El componente cualitativo de identificación de las percepciones, aprendizajes y sugerencias de los diferentes actores del programa, se realizó a través de entrevistas semi estructuradas. El tamaño muestral se obtuvo bajo el criterio de saturación, que se presentó cuando no se encontraron datos nuevos relevantes en el discurso de los participantes.

Previo a las entrevistas se definieron cuatro dominios o componentes del programa (tecnologías, procesos de atención en salud, comunicaciones, componente de recurso humano), por ser de especial interés por los investigadores.

Además de lo anterior, cada sujeto de investigación participante recibió una invitación vía mail con la información explicando el objetivo de la investigación y el formato de consentimiento informado para participar en la entrevista y la grabación de la misma. Las entrevistas se realizaron de julio a septiembre de 2021, de forma individual, y se utilizó el sistema de videoconferencia Google Meet para su grabación. Las grabaciones se

resguardaron de forma segura por uno de los investigadores para ser revisadas al momento de la codificación de conceptos y análisis.

#### **Análisis de las entrevistas:**

Se realizó un proceso de verificación de las transcripciones por un investigador diferente del que realizó la entrevista, para luego comparar con los apuntes recolectados durante la realización de la misma, y así aumentar la transferibilidad. Se realizó un análisis de las respuestas y una codificación de los hallazgos en cuatro tipos de ejes temáticos: necesidades, dificultades, aprendizajes y logros; y los productos finales de la codificación se obtuvieron por consenso entre los investigadores. Los datos fueron consolidados en una matriz de hallazgos en un archivo de Google Sheet®.

## **RESULTADOS**

#### **Descripción del proceso vivido en la implementación del programa:**

La compañía generó una respuesta inmediata haciendo frente a la situación de salud pública del país por lo que dispuso recursos humanos, tecnológicos y financieros los cuales fueron administrados a través de grupos de control como el puesto de mando unificado en cabeza de la EPS, en el cual participaron líderes de cada segmento, con el fin de determinar de manera adecuada el diseño y puesta en marcha de las estrategias de atención definidas en cada una de las etapas.

En una fase temprana, los datos y las proyecciones de cada uno de los panoramas jugaron parte fundamental para la benéfica distribución de recursos y personal, así como la administración del mismo en tiempo real por parte de diferentes actores determinados para la tarea, fue allí donde el trabajo en equipo jugó un papel crucial, pues la disposición de los recursos permitió el diseño y la apropiación del PAIC; para este programa se priorizaron desarrollos tecnológicos que permitan optimizar la atención en salud, así como el adecuado seguimiento de la enfermedad en salud pública.

A medida que la pandemia avanzó en la compañía surgieron nuevos retos como: garantizar la atención remota de pacientes, generar y mantener las capacidades entre oferta y demanda de servicios de salud, además de adaptar sus herramientas tecnológicas y procesos de atención a las necesidades de la población y del entorno cambiante.

#### **Descripción del Programa de Atención Integral de pacientes sospechosos, confirmados y negativos COVID de la EPS SURA (PAIC) y volúmenes de operación:**

La siguiente es el agrupamiento funcional de los principales componentes del PAIC y sus respectivas herramientas: 1. canales digitales (portal de pacientes, servicio de mensajería, Aplicación móvil - App); 2. canales de atención (IPS Virtual, teleconsulta, teleasistencia);

3. componentes de apoyo (Soporte a la toma de decisiones, Score de riesgo, modelo de ®O2).

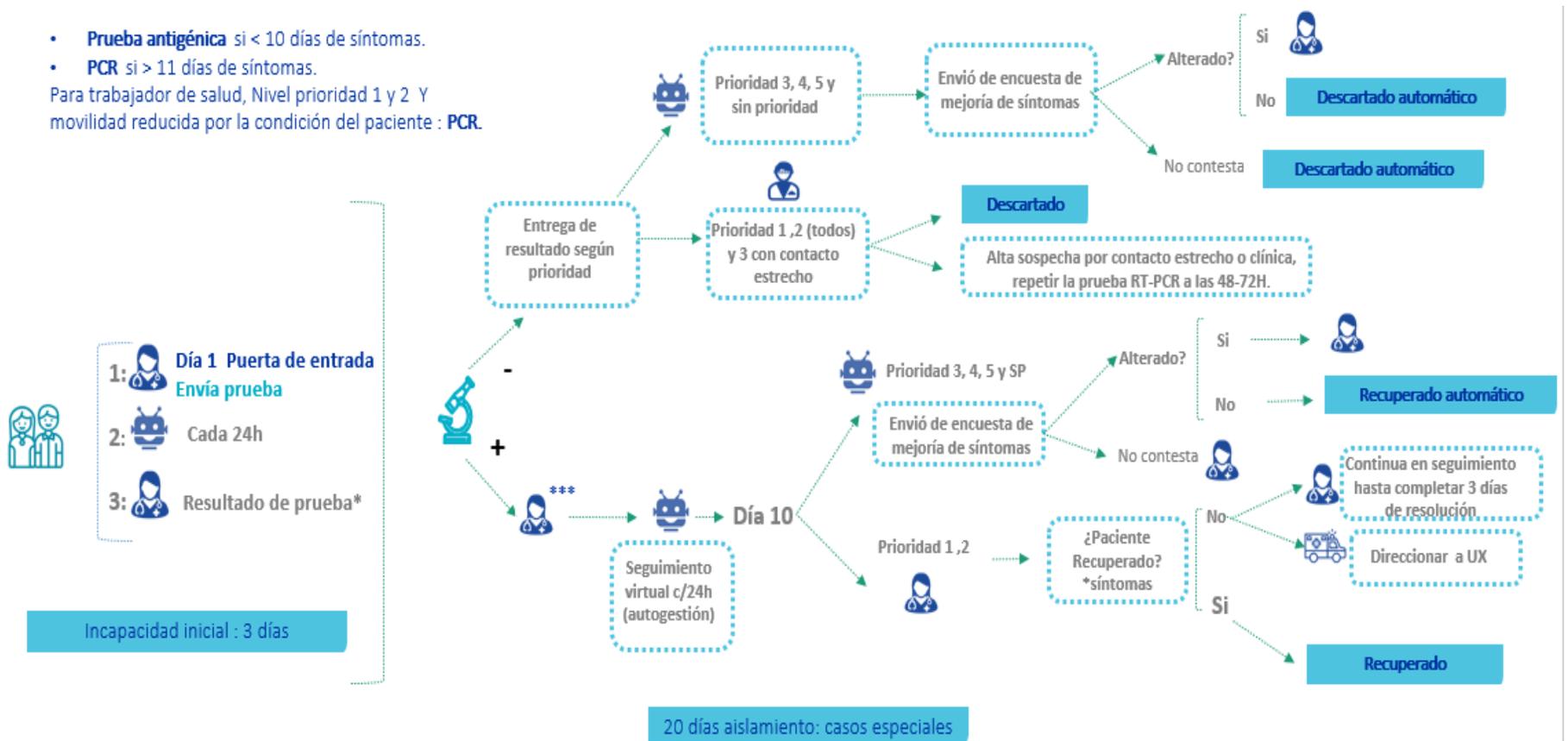
El proceso de atención y seguimiento a pacientes iniciaba con la solicitud de atención que se generaba a través de las líneas telefónicas o canales de contacto dispuestos(WhatsApp® y página web); posterior a esto, y de acuerdo con la clasificación del paciente, era direccionado a una consulta médica inicial por la modalidad de telemedicina o presencial, de acuerdo con su estado actual.

Durante la atención médica se determinaba la prueba diagnóstica correspondiente, según el nivel de exposición a COVID referido por los pacientes, y registraban los hallazgos clínicos en la historia clínica electrónica (HCE). Una vez se obtenía el resultado de la respectiva prueba de laboratorio, el paciente pasaba a la fase de seguimiento del PAIC, en donde de acuerdo con el resultado si era negativo para COVID se le brindaba educación frente a los cuidados preventivos; o si era positivo se programaban seguimientos sucesivos, acorde a los lineamientos nacionales de seguimiento y gestión de pacientes COVID del Ministerio de Salud implementado por la Compañía (11) (Figura 1).

En el período de observación, el número de cantidades de atenciones brindadas por herramientas de las TIC en el PAIC para los diferentes tipos de componentes funcionales fue: atenciones a través de la modalidad de atención por telemedicina sincrónica 5.366.367 atenciones, atenciones automatizadas a través de canales de mensajería asincrónica 2.639.147. Los tipos de mensajería implementados y sus volúmenes correspondientes son: WhatsApp corporativo 71% (1.871.164 mensajes), correos electrónicos 15% (398.281 mensajes), voice bot 7% (187.777 mensajes) y SMS (Short Message Service) 6% con 181.925 mensajes.

Los diferentes canales no muestran grandes variaciones mensuales en su volúmenes de emisión y contacto a los pacientes, excepto el canal de WhatsApp® que mostró incrementos en los meses de Agosto y Diciembre del 2020 así como en Abril y Junio del 2021, y que coinciden con los picos epidemiológicos observados en las personas afiliada a EPS SURA en Colombia.

- **Prueba antigénica** si < 10 días de síntomas.
  - **PCR** si > 11 días de síntomas.
- Para trabajador de salud, Nivel prioridad 1 y 2 Y movilidad reducida por la condición del paciente : **PCR**.



**Figura 1: Modelo de atención Sura COVID 2020-2021**

## **Sistematización de la experiencia:**

Se realizaron 13 entrevistas en total, con una participación por roles como: apoyo tecnológico (2), comunicaciones (1), estratégicos (5), operativo clínico (5).

A continuación, se describen los hallazgos principales para las categorías de la sistematización, construidas durante el análisis. Las figuras 2-5 resumen los principales hallazgos expresados por cada uno de los participantes agrupados. Los códigos vivos expresados por las personas entrevistadas se presentan como referencias entre comillas y en cursiva, y son el sustento a los hallazgos vividos en el proceso del PAIC.

### **1. Necesidades identificadas:**

Con la llegada de la pandemia se requirió dar respuesta a un alto volumen de actividades e implementaciones necesarias por varios canales digitales, *“No sabíamos nada de pandemias, todo ha sido un aprendizaje”, “tuvimos que activar todos los frentes de trabajo para juntos salir adelante”*.

Se reconoce la necesidad de coordinar de forma unificada la estrategia como compañía, tanto a nivel interno como a nivel de relacionamiento con gobiernos municipal, departamental y nacional; para evitar pérdida de energía y esfuerzos, *“Necesitamos coordinarnos y poner todo el conocimiento al servicio de la estrategia”*.

Acerca del nivel de preparación, conocimiento y criterios de uso de la telemedicina, tanto gerentes como personal clínico coincidieron que era necesario incrementar el conocimiento y enfatizar en la importancia de estandarizar y definir criterios de uso de la telemedicina, *“Nos dimos cuenta que necesitábamos conocer más del uso de la telemedicina y que no se podía aplicar de igual forma en todos los casos”*.

Se identificó desde el principio de la pandemia, que el sistema de historia clínica electrónica y demás sistemas de apoyo a la atención de Sura necesitaban ser ajustados para dar respuesta a las necesidades de atención y seguimiento ambulatorio de afiliados, *“No teníamos un sistema de registro con las condiciones de seguimiento para COVID, debíamos integrar mucho más nuestros sistemas”*.

Se necesita fortalecer y mantener un estrategia educativa para pacientes y colaboradores en todos los puntos de atención, para dar respuesta a las condiciones de la pandemia que exigían cambios constantes en lineamientos y medidas de autocuidado, *“Teníamos muchos cambios y todos los médicos debían conocerlos en tiempo real”*.



**Figura 2. Hallazgos identificados como necesidades identificadas en el PAIC por los diferentes actores (gerentes, personal operativo y líderes de apoyo)**

## 2. Dificultades:

Una de las mayor dificultades vividas en el proceso fue la limitación de recursos y software para dar respuesta a la gran cantidad de datos y requerimientos de rendimiento de los sistemas con los nuevos desarrollos, *"No teníamos los sistemas adecuados para todo lo que trajo COVID"*; adicional a la gran demanda en las líneas y puntos de atención no presencial.

Ante la gran cantidad de cambios, la inmensa cantidad de pacientes y los pronósticos poco alentadores al inicio de la pandemia, la Compañía no contaba con los recursos humanos para dar cubrimiento a todas las cosas que debía desarrollar e implementar, *"no teníamos suficientes personas, tanto en lo médico como en los equipos de tecnología, nos tocó multiplicarnos"*.

Al inicio de la pandemia se evidencio una preparación en telemedicina que requería hacer ajustes a procesos de contención para altos volúmenes de pacientes, como es propio de situaciones de crisis, se debía tener mayor énfasis en procesos de tele triage y contención

de atenciones presenciales, *“teníamos el proceso de telemedicina, pero debía ser ajustado a las condiciones de pandemia, con muchos más pacientes”*. Igualmente se identifica al principio de la estrategia de telemedicina algunas personas con resistencia al cambio, lo cual se interpretó como temor y desconocimiento de la metodología, *“algunos médicos no querían hacer telemedicina, luego lo vieron útil”*.



**Figura 3. Dificultades identificadas en el PAIC por los diferentes actores (gerentes, personal operativo y líderes de apoyo)**

### 3. Aprendizajes:

Para el proceso de diseño de estrategia, desarrollo e implementación de mejoras, fue importante tener definidos los canales de comunicación y difusión de información al interior de la Compañía Sura, y hacia los entes de gobierno; *“Definimos los voceros y encargados de la comunicación con el Gobierno y de forma separada con las diferentes áreas de la Compañía, eso nos ayudó a dar orden”*.

Se identifica el potencial que tienen los sistemas y la telemedicina para acompañar procesos digitales en los cuales se busca mayor participación y autonomía de los usuarios (salud con presencia digital), *“La tecnología puede desempeñar de manera efectiva*

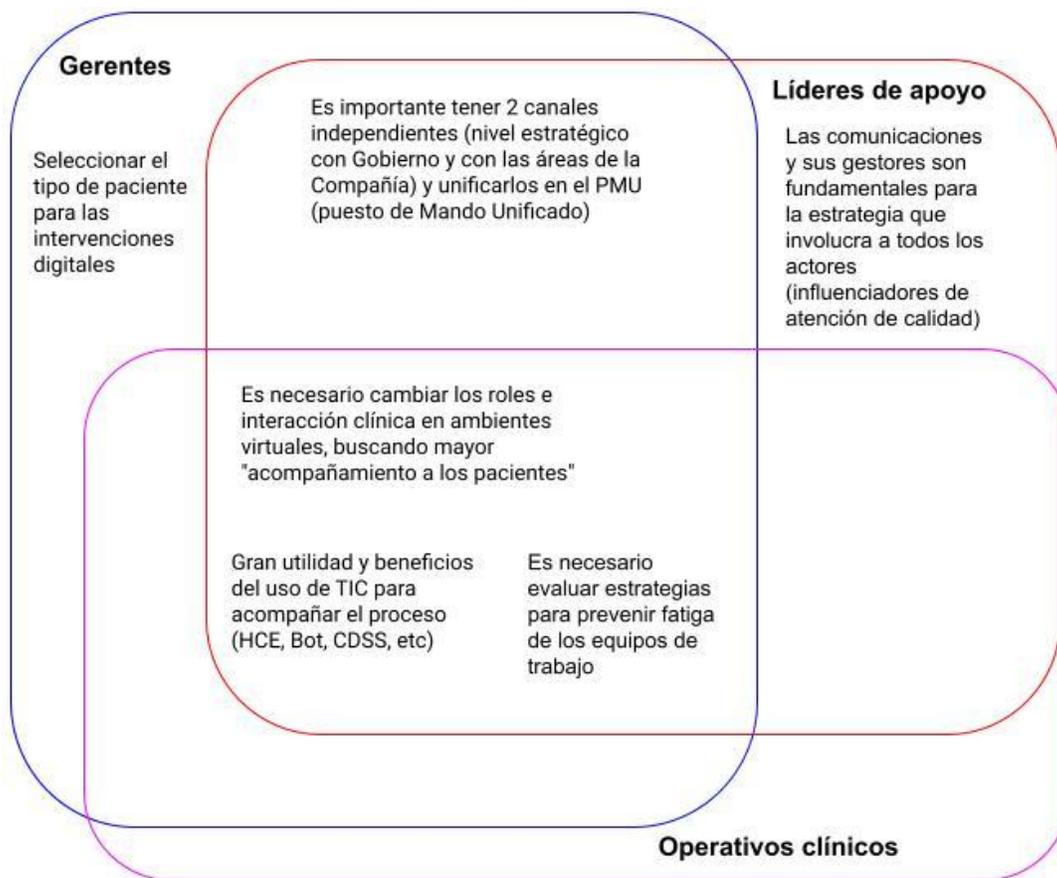
*grandes e importantes tareas”, “Nos dimos cuenta que cada desarrollo que hacíamos impactaba en gran medida en la atención de los pacientes “.*

Se cuenta con numerosas herramientas tecnológicas como los sistemas de soporte a la toma de decisiones, bots (robots), llamadas automatizadas, etc, que unidas a los sistemas de historia clínica optimizan los procesos y facilitan la interacción de los usuarios (pacientes y personal operativo), *“La tecnología puede desempeñar de manera efectiva grandes e importantes tareas”.*

Se observan inminentes cambios en los roles y niveles de participación de los actores en el uso de sistemas de TIC para la atención y seguimiento, como: mayores destrezas en la comunicación, mayor acompañamiento de los pacientes por fuera de la consulta, mayor necesidad de conocimiento en el uso de sistemas de información y tecnologías en el personal asistencial, entre otros. *“Hay que hacer cambios en el rol médico con la virtualidad, la virtualidad requiere mayor compañía y no es para todos los pacientes”.*

Se identifica el papel fundamental que tienen las comunicaciones, tanto al interior de la compañía como con los usuarios (pacientes), para apoyar la estrategia educativa, mantener un flujo homogéneo de información entre todos los participantes y atención de posibles escenarios de desinformación en redes o medios, *“Fue fundamental el apoyo y presencia de comunicaciones en toda la estrategia, nos acompañaban a todas las reuniones y eso facilitaba mucho el trabajo”.*

Se identifica la necesidad de regular de manera oportuna la carga laboral para evitar fatiga que llega a afectar la salud de los colaboradores en el programa, y formular estrategias de relevo y compensación en tiempo durante los desarrollos de software, *“muchas personas manifestaron gran cansancio luego de muchos días de trabajo sin descanso, algunos de enfermaron y tuvieron que ser incapacitados por el cansancio”.*



HCE: Historia Clínica Electrónica, CDSS: Clinical Decision Support (Sistemas de soporte a la toma de decisiones), Bot: Robot encargados de realizar tareas de forma repetitiva. PMU: Puesto de mando unificado.

**Figura 4. Aprendizajes identificados en el PAIC por los diferentes actores (gerentes, personal operativo y líderes de apoyo)**

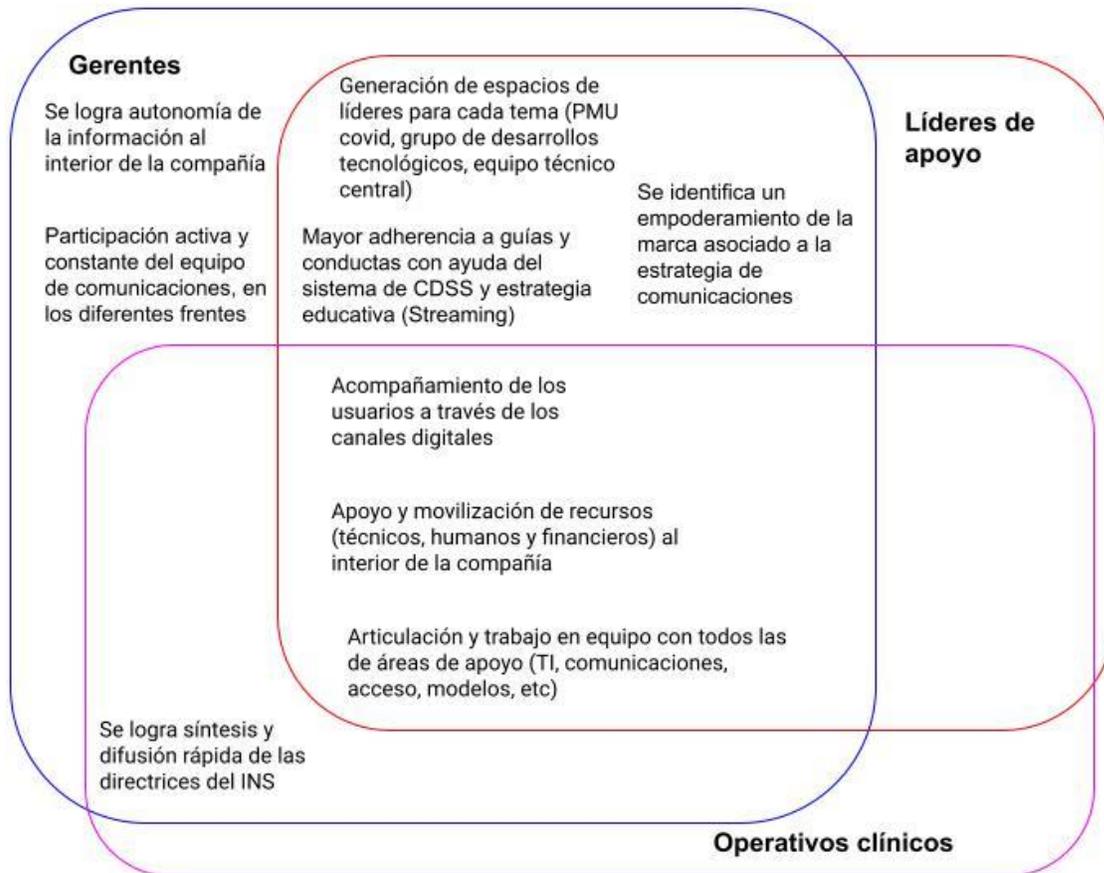
#### 4. Logros:

Los hallazgos de la experiencia de PAIC de Sura puso manifiesto la capacidad del equipo de trabajo de identificar barreras y dificultades, y rápidamente afrontarlas y capitalizarlas en logros, como es el ejemplo de la educación al personal asistencia, el cual necesito una rápida y eficaz estrategia de difusión de las guías de manejo de COVID, el cual se logró por medio de una estrategia de reuniones semanales para socializar el conocimiento científico y estandarizar el cuidado en los diferentes puntos de servicio, así como el acompañamiento en tiempo real del soporte a la toma de decisiones CDSS, desde la historia clínica “ *Desarrollamos una visión integral del servicio, centrado al paciente como punto principal* “.

Se logró tener un mayor y mejor acompañamiento a los pacientes desde las etapas iniciales de la pandemia, esto a través de las múltiples estrategias y canales dispuestos para el contacto y consulta de temas de salud, “*Entendimos que de cara al paciente podemos hacer muchas más cosas que le generen independencia en el control de su*

salud”, “Nos dimos cuenta que las herramientas cobraron vida”. Lo anterior llevó a lograr un mayor empoderamiento de la marca SURA asociado a la confianza de las personas a los mensajes y acciones de Sura para con sus afiliados, “la gente creía mucho más si Sura hacía las cosas, estaban pendientes de nuestras publicaciones y directrices”.

Lo anterior fue posible luego de haber logrado movilizar los recursos, seguir los lineamientos de la alta gerencia para salir de la situación de crisis de pandemia y por una buena coordinación del trabajo en equipo, “nos pusimos la camiseta, todos pusieron su conocimiento y trabajamos sin descanso para lograr sacar adelante los proyectos”.



CDSS: Clinical Decisión Support (Sistemas de soporte a la toma de decisiones), PMU: Puesto de mando unificado. TI: Tecnología de la Información. INS: Instituto Nacional de Salud de Colombia

**Figura 5. Logros identificados en el programa por los diferentes actores (gerentes, personal operativo y líderes de apoyo)**

## **DISCUSIÓN**

La experiencia de telesalud de la Compañía Suramericana a partir de la pandemia por COVID-19, a la vez que fue exitosa y permitió una eficiente integración de TIC con los servicios de salud, estuvo acompañada de necesidades o dificultades como: gran demanda de recursos humanos y tecnológicos para apoyar el uso acelerado de las TIC, necesidades de educación y preparación para realizar estrategias de telesalud al principio de la pandemia, y al avanzar la estrategia indicios de saturación de medios digitales para pacientes, y elevados niveles de fatiga en el personal que trabajó intensamente al inicio de la estrategia. Los principales logros y aprendizajes se enfocaron en la dinámica de los procesos de la Compañía y una óptima redistribución de recursos técnicos y humanos para responder y trabajar en equipo en torno a las necesidades de adaptar los procesos a las condiciones impuestas por el covid, y una acelerada implementación y fortalecimiento de canales digitales (por ejemplo: chatbot para triage de sintomáticos respiratorios, crecimiento de uso de la teleconsulta).

Sobre la saturación de los usuarios a las intervenciones TIC como la mensajería y la fatiga laboral del equipo participante en el diseño y ajuste del PAIC, los hallazgos coinciden con lo descrito en trabajos que afrontan el efecto de los mensajes y sobreinformación de los usuarios (12,13), y que puede ser incrementado en nuestra investigación, por la automatización en el envío de recomendaciones, recordatorios y mensajes para conocer el estado de síntomas por COVID que se hizo en el módulo de Soporte a la Toma de Decisiones con máquinas del tipo chatbot. Lo relacionado con las mayores cargas de trabajo y mayores niveles de fatiga o angustia psicológica, coinciden con lo descrito por Werner et al (14) en su artículo sobre la salud mental durante el proceso de atención por COVID; sin embargo no menciona dicho autor, usuarios o trabajadores de áreas de tecnología y de apoyo lógico-administrativo con altos niveles de fatiga, como fue encontrado en nuestro trabajo.

Si bien el componente de procesos y gestión organizacional puede ser considerado como un componente altamente específico de la Compañía, resaltamos la importancia que tuvo la movilización de personas y articulación de recursos técnicos evidenciada en la experiencia en las fases iniciales de la pandemia, el acompañamiento permanente de las directivas a la misión de seguir acompañando a los pacientes durante la emergencia en salud pública, y la creación de un puesto de mando unificado que articuló recursos en las diferentes áreas; es similar a lo encontrado en el trabajo de J. Ross (15), en su artículo de revisión sobre factores de éxito en implementaciones de e-salud, en el cual afirma que es fundamental hacer partícipe a todos los miembros del equipo y partir de sistemas de software ya existentes.

El logro relacionado con la eficiente identificación y gestión de casos por COVID19, a partir de encuestas de síntomas para identificación de factores de riesgo para potenciales complicaciones, y su uso complementario con herramientas de mensajería (Chatbot) en el seguimiento de síntomas y signos de alarma; va en la misma línea de lo reportado por Judson TJ et al (16), acerca del uso de sistemas de auto-triaje y de soporte a la toma de decisiones para los pacientes; significa el creciente uso de sistemas de ayuda automatizada que se tendrán en los próximos años en muchas de las tareas de la atención, por ejemplo: agendamientos, clasificaciones iniciales de síntomas, evaluaciones de satisfacción.

Si bien la compañía antes de la pandemia contaba con canales de comunicación y educación a pacientes, la llegada del COVID19 generó un mayor crecimiento a las herramientas de cuidado de los pacientes y sus familias de forma remota y utilizando las TIC, similar a lo descrito por Annis.T (17), en su artículo sobre la implementación rápida de programa de monitoreo retomo a pacientes y el impacto de dichas comunicaciones con los procesos de recuperación de los usuarios; esto posiblemente significa la creación de espacios de mayor contacto y participación directa con los usuarios y los componentes de salud, y mayor promoción del cuidado.

Esta investigación resalta la telesalud como un pilar fundamental de la estrategia de respuesta a la situación de salud, identifica otros tipos de estrategias de las TIC para la atención y seguimiento de los pacientes (uso de robots, servicios de llamadas automatizada, etc.). y resalta la importancia de mantener al personal entrenado en las nuevas modalidades de atención; similar a lo reportado por Lin CT et al. el cual describe 14 estrategias del uso de las TIC en el proceso de adaptación al COVID en la Universidad de Colorado (18).

A pesar que algunas de las limitaciones de este trabajo están relacionadas con no haber evaluado la calidad y el desempeño de la modalidad de atención por telemedicina, comparada con la consulta tradicional presencial, y no haber evaluado la experiencia desde la perspectiva de los pacientes; los hallazgos obtenidos de forma indirecta, mostraron que el PAIC podría haber mantenido buenos niveles de percepción y satisfacción por parte de los pacientes, y fue considerado una alternativa viable de servicio sin detrimento de la cercanía con el profesional.

Los autores consideramos que este trabajo plantea una línea de base para estudios futuros que evalúen las diferentes implementaciones tecnológicas desde la perspectiva de los pacientes o cuidadores; al igual que posibles trabajos investigativos que evalúen la forma de integrar los procesos de atención y seguimiento ambulatorio con los flujos de atención hospitalaria. es un punto de partida para futuras investigaciones

## **Conclusión**

Esta sistematización de experiencias se consolida como un producto de gran valor para la Compañía SURA al lograr identificar elementos que permitirán hacer ajustes y madurar la estrategia de Informática Clínica; y contribuye a consolidar los reportes de casos de uso e implementación exitosa de tecnologías a los procesos de atención, y en este caso de contención en situaciones de pandemia.

---

## Referencias Bibliográficas

1. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. *Mil Med Res* [Internet]. 13 de marzo de 2020 [citado 10 de octubre de 2020];7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7068984/>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia confirma su primer caso de COVID-19 [Internet]. <https://www.minsalud.gov.co/>. 2020 [citado 16 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-confirma-su-primer-caso-de-COVID-19.aspx>
3. Turale S, Meechamnan C, Kunaviktikul W. Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. *Int Nurs Rev*. 1 de junio de 2020;67(2):164-7.
4. Kendzerska T, Zhu DT, Gershon AS, Edwards JD, Peixoto C, Robillard R, et al. The Effects of the Health System Response to the COVID-19 Pandemic on Chronic Disease Management: A Narrative Review. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:575.
5. Keshvaridoost S, Bahaadinbeigy K, Fatehi F. Role of Telehealth in the Management of COVID-19: Lessons Learned from Previous SARS, MERS, and Ebola Outbreaks. *Telemed J E-Health Off J Am Telemed Assoc*. julio de 2020;26(7):850-2.
6. Reiss AB, De Leon J, Dapkins IP, Shahin G, Peltier MR, Goldberg ER. A Telemedicine Approach to Covid-19 Assessment and Triage. *Medicina (Mex)*. septiembre de 2020;56(9):461.
7. Vaughan L, Eggert LE, Jonas A, Sung A, Singer S. Use of home pulse oximetry with daily short message service messages for monitoring outpatients with COVID-19: The patient's experience. *Digit Health* [Internet]. diciembre de 2021 [citado 3 de junio de 2022];7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8679026/>
8. Jara Holliday O. Sistematización de experiencias, investigación y evaluación: aproximaciones desde tres ángulos. *Revista Internacional de Investigación en Educación Global y para el Desarrollo*. 2012;16.
9. Bridget C. O'Brien. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations - PubMed [Internet]. [citado 27 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24979285/>
10. Jara Holliday O. Orientaciones teórico prácticas para la sistematización de experiencias [Internet]. 2020. Disponible en: <http://148.202.167.116:8080/xmlui/handle/123456789/3845>
11. Medidas frente a la pandemia COVID-19 [Internet]. [citado 9 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Documentos-Administrativos-covid-19.aspx>
12. Koh PKK, Chan LL, Tan EK. Messaging Fatigue and Desensitisation to Information During Pandemic. *Arch Med Res*. octubre de 2020;51(7):716-7.
13. Kim S, So J. How Message Fatigue toward Health Messages Leads to Ineffective Persuasive Outcomes: Examining the Mediating Roles of Reactance and Inattention. *J Health Commun* [Internet]. 22 de diciembre de 2017 [citado 6 de junio de 2022]; Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10810730.2017.1414900>

14. Werner EA, Aloisio CE, Butler AD, D'Antonio KM, Kenny JM, Mitchell A, et al. Addressing mental health in patients and providers during the COVID-19 pandemic. *Semin Perinatol*. noviembre de 2020;44(7):151279.
15. Ross J, Stevenson F, Lau R, Murray E. Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). *Implement Sci IS*. 26 de octubre de 2016;11:146.
16. Judson TJ, Odisho AY, Neinstein AB, Chao J, Williams A, Miller C, et al. Rapid design and implementation of an integrated patient self-triage and self-scheduling tool for COVID-19. *J Am Med Inform Assoc JAMIA*. 13 de mayo de 2020;27(6):860-6.
17. Annis T, Pleasants S, Hultman G, Lindemann E, Thompson JA, Billecke S, et al. Rapid implementation of a COVID-19 remote patient monitoring program. *J Am Med Inform Assoc JAMIA*. 27 de julio de 2020;27(8):1326-30.
18. Lin CT, Bookman K, Sieja A, Markley K, Altman RL, Sippel J, et al. Clinical informatics accelerates health system adaptation to the COVID-19 pandemic: examples from Colorado. *J Am Med Inform Assoc JAMIA*. 20 de julio de 2020;27(12):1955-63.
19. da Luz PL. Telemedicine and the Doctor/Patient Relationship. *Arq Bras Cardiol*. julio de 2019;113(1):100-2.