

“Todo tiene que salir bien, pero aún nos queda camino por recorrer”: visiones sobre la telesalud en Brasil

Livia Gaspar Fernandes	Programa de Maestría y Doctorado en Fisioterapia, Universidade Cidade de São Paulo (UNICID), São Paulo, Brasil; Centro para el dolor, la salud y el estilo de vida (CDSEV) Brasil; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3417-8937 ; lfernandesft@gmail.com. Rua Cesário Galero, 448 - Tatuapé, São Paulo - SP, 03071-000, Brasil; +55 (19) 998007495.
Marina P. Baroni	Estudiante de Doctorado, Programa de Maestría y Doctorado en Fisioterapia, Universidade Cidade de São Paulo (UNICID), São Paulo, Brasil; Centre for Pain, Health, and Lifestyle (CPHL) Brazil; marinapegoraro@hotmail.com
Rafael F. F. Oliveira	MSc student, Masters and Doctoral Program in Physical Therapy, Universidade Cidade de São Paulo (UNICID), São Paulo, Brasil; Centro para el dolor, la salud y el estilo de vida (CDSEV) Brasil; rafael_flp@hotmail.com
Bruno T. Saragiotto	Doctorado, Programa de Maestría y Doctorado en Fisioterapia, Universidade Cidade de São Paulo (UNICID), São Paulo, Brasil; Centro de Dolor, Salud y Estilo de Vida (CDSEV) Brasil; bruno.saragiotto@gmail.com

Fecha de sumisión: Octubre 01, 2022 | Fecha de aprobación: Abril 24, 2023

Resumen

Introducción: La telesalud fue regulada en la salud pública, complementaria y privada en Brasil. Como consecuencia, se han explorado nuevos formatos de interacción entre profesionales de la salud y usuarios. **Objetivos:** Identificar las percepciones sobre el uso de la telesalud por parte de personas que fueron diagnosticadas con COVID-19 al inicio de la pandemia. **Métodos:** Estudio cualitativo descriptivo realizado a partir de entrevistas individuales semiestructuradas conducidas por videoconferencia. Los datos demográficos y de alfabetización digital en salud se obtuvieron de una encuesta electrónica de apoyo. Los análisis descriptivos se realizaron con el software SPSS y los datos cualitativos fueron analizados a partir de un análisis de contenido temático. **Resultados:** Veintitrés individuos fueron entrevistados. Los temas cubrieron el continuo temporal de la telesalud y la información de salud disponible en la internet. Los facilitadores de telesalud en el presente han incluido asistencia continua y flexibilidad de contexto, y ahorro de tiempo y dinero; mientras que las barreras abarcaron la falta de presencia física, la baja alfabetización digital y el acceso a la telesalud. Las visiones de los entrevistados fueron ambiguas en relación a la permanencia de la telesalud como alternativa en el futuro. **Conclusión:** La telesalud es vista como un aliado para la continuidad del cuidado a la salud. Para que perdure, se sugiere superar las barreras relacionadas con su implementación. **Palabras clave:** Telesalud; Sistema Único de Salud; COVID-19.

Abstract

"We have everything to be successful, but we still have a long way": views about Telehealth in Brazil
Introduction: Telehealth has been regulated at the public, private, and supplementary health levels. Therefore, health professionals and health system users face different ways of interacting in an attempt to provide continuing care. **Objectives:** To identify the perception of telehealth by individuals diagnosed with COVID-19 at the onset of the pandemic. **Methods:** Qualitative descriptive study based on semi-structured interviews conducted by videoconferencing. An e-survey was used to retrieve demographic and digital health literacy data. Descriptive analysis was conducted using the SPSS software. Qualitative data was analyzed using a content analysis. **Results:** Twenty-three people were interviewed. Findings included themes related to a telehealth time continuum (present and future) and health information on the internet. Facilitators for telehealth encompassed continuous care and context flexibility, as well as saving time and money; barriers encompassed the lack of physical presence, low digital literacy, and limited access to telehealth. Participants reported ambiguous views about telehealth continuing to be an option beyond COVID-19. **Conclusion:** Telehealth is perceived as an ally to care. To continue as an alternative, implementation barriers should be overcome. **Keywords:** Telehealth; Brazilian Unified Health System; COVID-19.

Resumo

"Tem tudo pra dar certo, mas a gente ainda tem um caminho a percorrer": visões sobre a telessaúde no Brasil
Introdução: A telessaúde foi regulamentada nas redes pública, suplementar e privada de saúde no Brasil. Com isso, novos formatos de interação entre profissionais de saúde e usuários tem sido explorado. **Objetivos:** Identificar percepções sobre a utilização da telessaúde de indivíduos que foram diagnosticados com COVID-19 no início da pandemia. **Métodos:** Estudo qualitativo descritivo conduzido a partir de entrevistas semiestructuradas individuais realizadas por videoconferência. Dados demográficos e de letramento digital em saúde foram obtidos a partir de uma e-survey de apoio. As análises descritivas foram conduzidas pelo software SPSS e uma análise de conteúdo temática foi utilizada para análise dos dados qualitativos. **Resultados:** Vinte e três indivíduos foram entrevistados. Os temas abrangeram o continuum temporal da telessaúde e informações sobre saúde na internet. Facilitadores para a telessaúde no presente incluíram assistência contínua e flexibilidade ao contexto, e economia de

tempo e dinheiro; enquanto as barreiras englobaram a falta de presença física, o baixo letramento digital e o acesso à telessaúde. As visões dos entrevistados foram ambíguas em relação à permanência da telessaúde como alternativa de cuidado no futuro. Conclusão: A telessaúde é vista como aliada à continuidade do cuidado à saúde. Para que perdure, sugere-se superação de barreiras ligadas à implementação.

Palavras-chave: Telessaúde; Sistema Único de Saúde; COVID-19.

Introducción

El modelo de atención en salud es producto de la interacción entre sus actores (gestores, profesionales de la salud y usuarios), las condiciones de trabajo, las posibilidades de servicio establecidas y la alfabetización en salud. En el horizonte de posibilidades de nuevas formas de formación, gestión y participación social, la telesalud surge como una modalidad promisoría. Si bien la evidencia sobre la telesalud es sólida y su práctica prometedora,^{1,2} - especialmente cuando proviene de países ricos^{3,4} - implementarla en poblaciones que experimentan diferentes contextos (es decir, países en desarrollo) puede contribuir a la precariedad de salud en lugar de su mejoramiento.⁵

Telesalud es un término general que se utiliza para referirse al uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC, como sitios web, aplicaciones, teléfono) para ofrecer servicios de salud, ya sea de forma sincrónica (es decir, videoconferencia) o asincrónica (por ejemplo, envío de mensajes y exámenes).⁶ El entorno digital y sus herramientas ofrecen una forma de eludir los elementos deshumanizados de la atención de la salud ampliando el acceso, facilitando el intercambio de información de salud (por ejemplo, entre equipos multidisciplinares, o para apoyo y educación continua) y reforzar la autonomía del usuario e independencia en el manejo de su condición.⁷ Sin embargo, observar las formas de aplicación de la telesalud (existentes y posibles) ayuda a la toma de decisiones futuras en el ámbito de las políticas de salud. Esta observación apunta a prevenir tecnologías y servicios remotos en salud refuercen o agraven los problemas existentes de formación, gestión y participación, y puede contribuir a la democratización de las iniciativas de acceso a la salud.⁷

La telesalud expone una serie de desafíos relacionados con las interacciones entre los profesionales de la salud y los usuarios.⁷ Aunque los servicios que utilizan la telesalud se han percibido como satisfactorios o incluso "tan buenos como" los prestados en persona,^{1,8} su implementación requiere nuevas habilidades por parte de los profesionales de la salud y de los usuarios en los ámbitos de la comunicación, la alfabetización digital, la alianza terapéutica y la toma de decisiones compartida.^{1,9} Con el uso creciente de la telesalud en el contexto de una pandemia en Brasil,^{10,11} es pertinente investigar cómo los avances tecnológicos en salud están siendo percibidos por toda la comunidad.

El objetivo del presente estudio es responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿cómo es percibida y experimentada la telesalud por sus usuarios? Para ello, el corte de la muestra estuvo formado por individuos diagnosticados de COVID-19 en la fase inicial de la pandemia. Además, al comprender la telesalud como una herramienta potencialmente capaz de contribuir a la humanización de la atención a la salud, el presente estudio discute los resultados obtenidos a la luz de las políticas públicas de telesalud en Brasil.

Método

Diseño del estudio

El presente estudio presenta un diseño cualitativo descriptivo basado en entrevistas individuales semiestructuradas realizadas en línea (plataforma Whereby®). La recolección de datos ocurrió de junio a agosto de 2020. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Universidad Ciudad de São Paulo (UNICID), CAAE: 20309919.5.0000.0064. El estudio se reporta de acuerdo con los Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)¹².

Referencial teórico

El presente estudio deriva de las discusiones propuestas por Lupton^{7,13} y tiene como objetivo incluir las esferas cultural, social, política y ética en el debate sobre las tecnologías digitales para la salud. Esta corriente filosófica deriva de la teoría crítica, más concretamente de un brazo dedicado al análisis crítico de la literatura sobre salud digital. En general, el marco teórico escogido propone mirar creencias, suposiciones, relaciones de poder y dinámicas de interacciones que se despliegan en torno al fenómeno estudiado,¹⁴ es decir, la telesalud.⁷ El discurso central de la telesalud enfatiza su potencial para democratizar el acceso a los servicios de salud, superar las barreras geográficas, de alfabetización y de distribución de recursos. Dichos elementos a menudo se citan como barreras para la penetración de la atención y la información en salud, especialmente en los países en desarrollo.^{10,15,16} Al adoptar una lente crítica como punto de partida, el objetivo es articular un debate que puede confrontar este discurso.

Participantes

El presente estudio incluyó pacientes diagnosticados con COVID-19. Entendemos que esta población tuvo mayor probabilidad de haber tenido contacto con la telesalud en el período estudiado, dado que las

políticas públicas de salud priorizaron la atención a las personas afectadas por la enfermedad en los años 2020 y 2021. Los criterios de inclusión fueron: tener como mínimo 18 años edad, capacidad de leer y entender portugués, y estado cognitivo conservado consistente con la participación en una entrevista y diagnóstico previo de COVID-19 (por prueba de PCR o serología). Toda la información fue adquirida por autoinforme. No existía una clasificación de los pacientes en leves, moderados o graves según sus síntomas, pero se utilizó como base para la inclusión de las personas que: a) fueron diagnosticadas con COVID-19 y permanecieron en observación domiciliaria, b) buscaron atención hospitalaria y regresaron para observación domiciliaria, y c) buscaron atención hospitalaria y permanecieron internados en la enfermería (menor o igual a 10 días). Los criterios de exclusión del estudio fueron: individuos que requirieron ingreso en UTI u hospitalización en sala superior a 10 días. El periodo prolongado de internación en sala fue utilizado como criterio de exclusión, ya que el objetivo del estudio fue observar la percepción de la telesalud, que se vuelve limitada en un ambiente hospitalario.

Entrevistas

La invitación a participar en las entrevistas se hizo a partir de un anuncio publicado en las principales redes sociales. La participación fue voluntaria, sin incentivos, y constó de dos momentos: 1) entrevista vía videoconferencia o llamada telefónica, realizada a través de la plataforma Whereby®; y 2) completar una encuesta electrónica a través de la plataforma TypeForm®. Los criterios de inclusión se verificaron inicialmente a través de un intercambio inicial de mensajes. Luego, se envió un enlace de acceso a la plataforma Whereby®. El inicio de la entrevista consistió en la presentación del entrevistador (LF), seguido de los objetivos del estudio, y luego se presentó el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (CLPI) en línea. Los participantes tenían la opción de descargar el CLPI. Los participantes declararon su consentimiento para participar en el estudio de forma oral y mediante el primer ítem de la encuesta electrónica. Las entrevistas tuvieron una duración de 10 a 38 minutos.

e-Survey

Después de completar las entrevistas, todos los participantes recibieron un nuevo enlace de acceso a la plataforma TypeForm® y se les indicó que completaran una encuesta electrónica que abordaba: edad, sexo, situación laboral, nivel de educación, uso de seguro médico e historial médico (comorbilidades y hábitos de salud). Además, se aplicó la escala de alfabetización digital en salud (eHealth Literacy Scale - eHEALS)¹⁸ para evaluar la alfabetización digital en salud de los participantes. El e-HEALS consiste en una

escala autoadministrada de 8 ítems que busca evaluar cómo las personas perciben sus habilidades, sus conocimientos y su comodidad en relación con el entorno digital con respecto a la información de salud.^{18,19} Las opciones de respuesta siguen una escala tipo Likert de 5 puntos, que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo), dando como resultado una puntuación entre 8 y 40 puntos. Las puntuaciones más altas de e-HEALS están relacionadas con una alta autopercepción de la alfabetización digital en salud. Sin embargo, no existe un punto de corte descrito en la literatura, y no es posible discriminar el puntaje que ilustra la transición entre niveles inadecuados y adecuados de alfabetización digital en salud.

Procedimientos y reflexividad

Todas las entrevistas fueron realizadas por el mismo investigador (LF, fisioterapeuta, con experiencia previa en la realización de entrevistas y la realización de estudios cualitativos). El entrevistador no había tenido contacto con las personas entrevistadas antes de realizar la investigación. La estructura de la entrevista completa se muestra en lo Cuadro 1. Todas las entrevistas fueron grabadas con el permiso de las personas y transcritas textualmente. Las entrevistas se desarrollaron de forma flexible, de modo que el entrevistador trató de abordar todos los temas previstos, procurando que la interacción fuera fluida y haciendo uso de técnicas específicas (sondeo) para profundizar en los temas planteados por los pacientes. El mismo investigador que realizó las entrevistas (LF) fue el encargado de transcribir el material grabado. Un segundo investigador (RFO) evaluó una muestra del material transcrito con sus respectivos audios para observar su exactitud y fidelidad. Las transcripciones se realizaron en paralelo con las entrevistas y la recolección de datos se interrumpió cuando el entrevistador notó que las nuevas entrevistas comenzaban a reforzar referencias emergentes en entrevistas anteriores.²⁰

Análisis de los Datos

Datos sociodemográficos

Los datos de la e-survey se transfirieron a un archivo de Microsoft Excel y se analizaron de forma descriptiva: las variables dicotómicas se presentaron mediante datos de frecuencia (n) o porcentaje (%) y las variables numéricas se presentaron mediante media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según la distribución de los datos. Todos los datos sociodemográficos se analizaron en lo software SPSS versión 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EE. UU.).

Análisis temática

El método utilizado para el análisis de datos

Cuadro 1. Guía para entrevista semiestructurada

Dominio direccionado/Preguntas principales	Prompts
Percepciones sobre el COVID-19	
¿Cómo fue tu experiencia con el COVID-19?	Cuéntame más sobre: tu periodo de diagnóstico, tus exámenes, tu periodo de hospitalización, tus síntomas.
¿Alguna vez ha realizado algún tipo de telesalud (teleconsulta, telemonitoreo)?	¿Te contactó TeleSUS? ¿Seguro de salud? ¿Médico privado? ¿Has hecho esto antes?
Cuéntame más sobre tus percepciones de la telesalud.	
Percepción sobre los servicios que utilizan medios de información y telecomunicaciones	
¿La tecnología ya ocupaba espacio en tu vida antes del COVID-19?	Por ejemplo, compras, entrega de alimentos, aplicaciones de transporte. ¿Cómo se usó?
¿En qué situaciones te das cuenta de que estás utilizando más el medio/tecnología digital?	Cuéntame más sobre los cambios que ocurrieron durante este periodo.
¿Cree que, después de este periodo de aislamiento social recomendado, seguirá adoptando algunas de las costumbres digitales que está adoptando ahora?	Por ejemplo: compras, ejercicio, entrega, comunicación, trabajo ➡ énfasis en salud con telesalud.
¿Cree que estamos preparados para utilizar la telesalud como un método alternativo de prestación de servicios de salud?	Cuéntame más sobre: - ¿Qué facilita y qué limita el uso de la telesalud ahora y en el futuro? - ¿Qué se necesita para usar la telesalud?

cualitativos consistió en un enfoque interactivo de análisis de contenido temático (phronetic analysis) descrito por Tracy (2007)²¹. El análisis de datos se llevó a cabo en cuatro fases: I) organización y preparación de los datos, con la consecuente depuración de los datos (donde hubo un recorte de los contenidos); II) codificación línea por línea, con el objetivo de identificar palabras o pequeñas frases que puedan sintetizar descriptivamente los contenidos traídos; III) creación del libro de códigos, es decir, una lista de códigos identificados con una breve explicación, definición o ejemplo ilustrativo; IV) segunda ronda de codificación, donde los códigos presentes en el libro de códigos fueron revisados, organizados y categorizados de una manera más interpretativa y analítica, dando lugar a los temas finales. En las fases I a IV se utilizó el método de comparaciones constantes. Dos autores (LF, RFO) realizaron las fases I, II y III de forma independiente de la siguiente manera: inicialmente, se analizó el 30% del material transcrito (7 entrevistas) y ambos autores llegaron a un consenso sobre el codebook; codebook guió el análisis temático del resto de las entrevistas. Para la fase IV, ambos autores se reunieron nuevamente con el fin de llegar a un consenso sobre los temas encontrados. En caso de desacuerdo, se consultó a un tercer autor (BS). Al final, se consultó a todos los investigadores para confirmar que los temas y subtemas encontrados reflejaban los datos primarios de las entrevistas.

Resultados

Veintitrés individuos participaron en las entrevistas. Los datos demográficos de los participantes se presentan en la Tabla 1.

Alfabetización en salud digital

En general, los participantes fueron clasificados como buenos alfabetizadores en salud digital. La puntuación mínima fue de 22 y la máxima de 39, con una mediana de 32 puntos y un rango intercuartílico de 8. Los ítems 4, 5 y 8 tuvieron las tasas más altas de respuestas 'totalmente en desacuerdo' y 'en desacuerdo' (Figura 1), exponiendo la dificultad de los participantes en relación a las siguientes preguntas, respectivamente: "saber dónde encontrar información confiable sobre salud en internet", "tener las habilidades necesarias para evaluar los recursos de salud que se encuentran en internet", y "sentirse confiado en usar información de internet para tomar decisiones de salud".

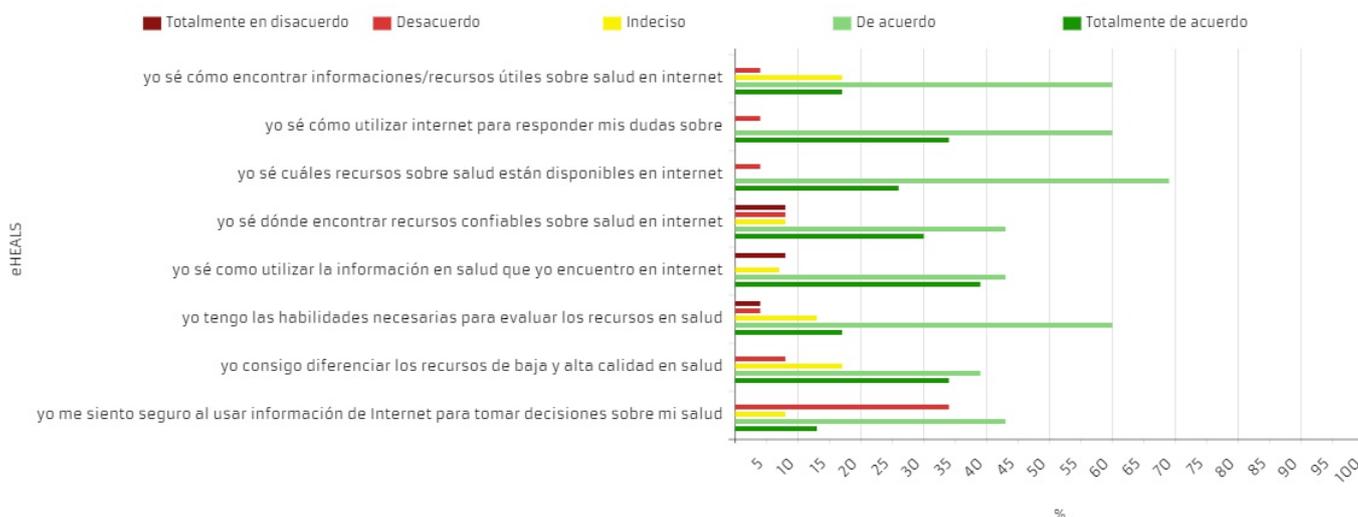
Análisis temático

El análisis de las entrevistas generó cinco temas principales: telesalud en el ahora: puntos positivos; telesalud en el ahora: puntos negativos; telesalud en el mañana: perspectivas optimistas; telesalud en el mañana: perspectivas inciertas; la búsqueda de información de salud en internet. Los cuatro primeros se entienden como parte de un continuo temporal (presente y futuro). Algunos extractos de las

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes: los datos en porcentaje (%) y la desviación estándar (DE) se representan entre paréntesis.

		Número
Sexo, n (%)	Femenino	12 (52%)
	Masculino	11 (48%)
Edad media en años, (DS)		39,6 (12)
Estado civil, n (%)	Soltero(a)	7 (30%)
	Casado(a)	15 (65%)
	Divorciado(a) / Separado(a)	1 (4%)
Escolaridad, n (%)	Escuela secundaria completa	1 (4%)
	Estudios superiores completos	10 (43%)
	Posgraduación	12 (52%)
Profesión, n (%)	Área de salud Fisioterapia, Educación Física, Odontología	11 (47%)
	Otros Periodismo, Comercio Exterior, Gastronomía, Analista Financiero, Abogacía, Administración, Representante Comercial	12 (53%)
Seguro de Salud, n (%)		20 (87%)

Figura 1. Puntuación en los ítems de la escala eHEALS



entrevistas se presentan en lo Cuadro 2. Los temas y subtemas que componen la esfera de “telesalud en el ahora” traen experiencias de usuarios que utilizaron los servicios de telesalud en el contexto de COVID-19 y que identifican los puntos positivos y negativos de la experiencia del usuario; a su vez, el ámbito de la “telesalud en el mañana” trae hipótesis y narrativas situadas en el futuro (posibilidades, percepciones, puntos de vista) en relación a la telesalud más allá del contexto del COVID-19. Debido a la pluralidad de opiniones registradas, solo se exploraron dos temas

principales dentro de “telesalud en el mañana”, que abarcan perspectivas optimistas y perspectivas inciertas. El quinto tema alude a la búsqueda de información sobre salud utilizando los medios de información y telecomunicaciones (con énfasis en internet).

Telesalud en el ahora: puntos positivos de la telesalud

Los encuestados tuvieron experiencias positivas en relación a la telesalud cuando esta modalidad permitió

la continuidad de la asistencia y el cuidado. La asistencia continuada se produjo en forma de teleconsulta, teleseguimiento o indicación de continuación del tratamiento en otro nivel de atención (por ejemplo, derivación a un centro de referencia con asistencia presencial u orientación para el seguimiento domiciliario en base a prescripción médica). Otro elemento percibido como positivo involucró la posibilidad de telesalud para brindar atención compatible con las recomendaciones de distanciamiento físico (debido al contexto de pandemia) o con contextos de grandes distancias geográficas (como pequeñas ciudades dentro de grandes estados como Amazonas). Las personas informaron que la flexibilidad también habla de la practicidad, es decir, realizar servicios de llamadas en los momentos y lugares más convenientes para el usuario se consideraba como un ahorro de tiempo y dinero. La idea de ahorro apareció en contraposición al tiempo habitualmente empleado en el tráfico y/o en la sala de espera de un centro de salud en consultas presenciales, entendido como más rentable si se ahorra.

Telesalud en el ahora: limitaciones de la telesalud

El aspecto remoto de la telesalud se identificó como una barrera importante para su uso. En varios pasajes, hubo una “zona crepuscular” entre lo que es una teleconsulta y lo que es una comunicación entre paciente y profesional de la salud para aclarar dudas. Los participantes sugieren que la telesalud no se puede utilizar en todas las especialidades y que su uso parecería más plausible en las siguientes situaciones: a) tamizaje inicial, b) indicación de/o derivación para exámenes, y b) evaluación de exámenes. La realización de exámenes sin la presencia física del profesional de salud fue citada como un factor que puede limitar el uso de la telesalud. El tacto, la mirada y la presencia fueron identificados como elementos clave en la interacción entre los profesionales de la salud y los usuarios durante la evaluación y diagnóstico.

Los participantes informaron que la telesalud también parece limitada cuando los usuarios tienen poca alfabetización digital, es decir, no dominaban el uso de dispositivos como teléfonos inteligentes y/o computadoras. La dificultad para tener una conexión a Internet estable y de calidad o el acceso físico a los dispositivos también se identificaron como limitaciones para la telesalud. La baja alfabetización digital y el difícil acceso se ejemplificaron en poblaciones de mayor edad con niveles más bajos de educación e ingresos. Se sugirió que, en tales escenarios, la participación en telesalud podría resultar en una mala interpretación de las pautas recibidas o un compromiso deficiente con la iniciativa propuesta, lo que podría generar frustración en el usuario.

Telesalud en el mañana: perspectivas optimistas

Las perspectivas optimistas para el futuro de la telesalud avalan la idea de que, una vez puesta en práctica, sería sumamente difícil que esta modalidad dejara de existir en el futuro. El uso de la telesalud se menciona repetidamente como una consecuencia del desarrollo tecnológico global. Así, también se informó que el uso en telesalud sería un avance inevitable que se vio acelerado por el contexto de la pandemia de COVID-19. La pandemia fue identificada como el momento más propicio para implementar la telesalud, y entendida como un hito de cambio en el ámbito de la salud.

Se hizo referencia a la telesalud como una modalidad que se consolidará como “auxiliar” y “optimizadora” de la atención y el cuidado, pero que demandará un período de adaptación, aprendizaje, capacitación, reinención y (re)descubrimiento por parte de todos los actores involucrados (por ejemplo, profesionales de la salud, población, sistemas de salud públicos y privados, farmacias). Los participantes citaron la telesalud como una tendencia con gran potencial para ser utilizada como herramienta dentro del SUS, especialmente para acompañar a los grupos de Atención Básica de Salud (en las Unidades Básicas de Salud y por la Estrategia de Salud de la Familia) y que permanecieron sin asistencia en el período de inicio de la pandemia.

Se mencionó la telesalud como una opción a elegir por los profesionales de la salud. Por tanto, los profesionales que se identifiquen la telesalud seguirá como opción, y para los que no se identifiquen se retomará la atención presencial como primera elección. Al mismo tiempo, porque es una consecuencia del desarrollo tecnológico global, los participantes parecen entender que quien se adapte a la telesalud contribuirá a la fluidez de los sistemas de salud y a la ampliación del acceso al conocimiento y tratamientos de salud por parte de las comunidades. La modalidad híbrida, intercalando consultas presenciales y a distancia fue citada como una posibilidad de exposición gradual al uso de la telesalud. Por otro lado, los participantes destacan que existen dudas en cuanto al tiempo de consulta usando telesalud y sobre la atención recibida por parte del profesional sanitario, volviendo a problemas similares a los existentes en las consultas presenciales.

Telesalud en el mañana: perspectivas inciertas

Las perspectivas inciertas con respecto a la telesalud refuerzan la percepción de que esta modalidad se implementó solo en casos de emergencia debido a la pandemia de COVID-19. Los participantes citan la “cultura brasileña” (es decir, “el hábito de salir a la calle, de tener contacto”) y el largo período de

distanciamiento como elementos que motivarían el retorno a la modalidad presencial, con la consiguiente reducción drástica en el uso de la telesalud. La teleconsulta no parece concebirse como un sustituto de la consulta presencial, que retoma la demanda de exámenes físicos presenciales, con una estructura adecuada.

Los participantes refieren la idea de que la atención a través de la telesalud exige aceptación por parte de los profesionales, además de los usuarios, y preparación para que las prescripciones y orientaciones necesarias puedan ser transmitidas con éxito a distancia. La construcción de la alianza terapéutica cuando se da el primer contacto en el formato a distancia parecía más difícil de consolidar.

Buscando información de salud

La búsqueda de información sobre salud apareció en un segundo plano durante las entrevistas. Los participantes consideraron que internet es ampliamente utilizado para la búsqueda de información de salud, dentro y fuera del contexto de la COVID-19, pero que sus resultados generalmente traen ansiedad, preocupación y miedo, lo que generaría una experiencia de miedo en cuanto al uso de los medios digitales como fuentes de información en salud. Si por un lado Internet parece ser ampliamente utilizado, por otro lado, no parece ser categorizado como una fuente confiable de información. Sin embargo, en el contexto específico de la COVID-19, los participantes mencionan que el momento inicial de la pandemia fue seguido por lineamientos médicos confusos, frágiles y conflictivos. En ese escenario, internet fue citada como una importante fuente de información en salud, especialmente a través de reportajes que ofrecían aparente tranquilidad y autoconocimiento.

Discusión

El análisis cualitativo descriptivo realizado por el presente estudio indica que la telesalud parece ser vista de manera positiva, prometedora y optimista en cuanto a su potencial para superar las barreras geográficas y facilitar el acceso a la salud. Los participantes consideran la implementación de la telesalud como un movimiento sin retorno, pero señalan la necesidad de adaptación en todo el sistema de salud y los profesionales involucrados. Sin embargo, sugieren que se aprecia la presencia física durante las interacciones con los profesionales de la salud y señalan que circunstancias específicas pueden recomendar consultas presenciales.

Los resultados del presente estudio deben interpretarse con cautela ya que la muestra seleccionada no es necesariamente representativa de la población brasileña y los hallazgos no pueden

generalizarse ampliamente. Como la contratación se realizó a través de las principales redes sociales, es posible que los participantes ya tuvieran mayor familiaridad y facilidad en el manejo de las TIC, incluso en el ámbito de la salud. El grado de familiaridad con las TIC puede influir en las percepciones sobre la telesalud.² Otro punto a destacar es que el proceso de desencadenamiento del anuncio de contratación se inició dentro de las redes de contacto de los autores, lo que influyó en la selección del perfil socioeconómico de los encuestados, entre los cuales el 87% indicó tener cobertura por algún seguro de salud. Datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística indican que, en 2019, el 28,5% de la población brasileña tenía algún seguro de salud médico o dental; en el estado de São Paulo, esta cobertura equivalía a hasta un 38,4%.²² Aunque la salud privada y complementaria forman parte del escenario de atención de salud en Brasil y han comenzado a explorar la telesalud con la pandemia, el formato de seguimiento promovido por los niveles primario, secundario y terciario dentro del SUS son fundamentalmente diferentes.

Los temas desarrollados por el presente estudio son similares a las barreras y facilitadores de telesalud informados en estudios previos con personas con dolor lumbar^{8,23} y condiciones crónicas como diabetes y asma²⁴. La dificultad en la realización de exámenes físicos, el diagnóstico por teleconsulta y la asistencia para ciertas patologías específicas (por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer) también se identifican como limitaciones en la literatura brasileña que discute las barreras para la expansión del uso de la telesalud¹⁰. Fisk y colaboradores²⁵ discuten la telesalud en respuesta a la pandemia de COVID-19 e identifica la "atención continua" y la "flexibilidad del contexto" como elementos favorables para la telesalud en países como Australia, Reino Unido y Estados Unidos. Estos subtemas también fueron presentados en el presente estudio. Aún en el contexto de la COVID-19, Bennel et al¹ observaron que los usuarios reportaron experiencias positivas al realizar telesalud en la modalidad sincrónica, tanto de manera individual como grupal. Sin embargo, un tercio de la población evaluada indicó que no usaría la telesalud en el futuro e identificó la falta de contacto físico o tacto como una barrera importante.¹

En Brasil, la telesalud está presente desde 2007 por la Ordenanza n.º 35/2007, cuando se implementó de forma experimental y se extendió a todo el país en 2010.²⁶ En 2011, a través de la Ordenanza n.º 2.546/2011, el Programa Telessaúde Brasil Redes fue nuevamente ampliada con el objetivo de calificar la atención a la población, aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria (fortaleciéndola como puerta de entrada al SUS), e incluir actividades de gestión y vigilancia en salud.^{15,26} En ese momento

Cuadro 2. Extractos de las entrevistas que ilustran los temas y subtemas

Tiempo continuo de telesalud	
Telesalud en el ahora (puntos positivos)	
Asistencia continua	<i>“Lo que sentí es exactamente esta cosa de bienvenida, de alguien extendiendo una mano en un momento en que no sabes exactamente lo que vas a hacer. (...) Lo que me dio mucha seguridad, tranquilidad, saber que cada vez que me sintiera mal podría llamarlos, ¿no? Lo hice en mi celular.” (E16)</i>
Flexibilidad al contexto	<i>“(...) las personas que no eran tan asiduas a la tecnología están teniendo que migrar a la tecnología porque no tienen otra opción. Mi mamá, por ejemplo, hoy va a tener una conferencia telefónica con un médico, porque no puede salir de la casa” (E9)</i>
Economía de tiempo y dinero	<i>“(...) puedes hacerlo en casa, en horas de trabajo, puedes parar por 30 minutos sin tener que viajar largas distancias, tener la molestia de pagar estacionamiento, tener riesgo en la calle.” (E19)</i>
Telesalud en el ahora (puntos negativos)	
(Falta de) Presencia	<i>“Hoy necesitamos una sanidad cada vez más humanizada, más alternativa, más holística, en fin, y entonces la tecnología de repente puede ser una barrera para eso si no se usa bien” (E3)</i> <i>“¿Te imaginas la responsabilidad que es transmitir información sin ver al paciente?” (E3; desde un punto de vista como profesional de la salud)</i>
Baja alfabetización digital	<i>“(...) el paciente por ejemplo que (..) no tiene mucha información, que no tiene mucha educación, y recibe [un mensaje automático de salud] de repente siente que está súper seguro. Y el pequeño robot te dice súper feliz, verdad, que estás súper seguro, y yo estoy contaminado aquí. Así que tengo miedo, porque creo que el contacto humano sigue siendo muy importante”. (E3)</i>
Limitaciones de acceso	<i>“(...) no todo el mundo tiene esta educación electrónica. Principalmente personas mayores, algunas personas que no tienen mucho acceso, hay personas que no tienen computadora en casa, ¿cómo se hace?” (E8)</i>
Telesalud en el mañana	
Futuro optimista	<i>“Es el mejor momento. [...] ahora con el COVID es el mejor momento para implementar esto.” (E6)</i> <i>“Así que creo que todo tiene que salir bien, pero todavía tenemos un camino por recorrer hasta entonces, ¿sabes? Que es darle a la gente herramientas para que, si esta es la nueva, la nueva realidad, todos tengan acceso. Porque funciona. Y creo que la pandemia y el aislamiento demostraron que funciona.” (E8)</i> <i>“Creo que la tendencia de usar tecnología en el ESF y ABS en su conjunto [...] realmente crecerá. Porque no va a haber (..), creo que, por un tiempo, esa UBS llena como estaba antes”. (E1 3; opinar como profesional de la salud)</i> <i>“(...) SUS debería tener este tipo de servicio, ¿no? Evitaría muchas colas, sería mucho más fácil para la gente, creo; Sería más fácil ahora seguro. Entonces me doy cuenta que es un camino sin retorno, creo que va a beneficiar mucho.” (E16)</i> <i>“Porque [los usuarios] se darán cuenta de que a veces la calidad del servicio remoto es casi la misma que la del servicio presencial. Entonces, por teléfono, no va a cambiar mucho.” (E4)</i>
Futuro incerto	<i>“(...) el examen físico, o sea la consulta física, creo que es muy importante. [...] En una emergencia, creo que [telesalud] es muy bueno, pero normalmente no lo usaría. Yo lo usaría así en una emergencia, pero no lo usaría seguido, ¿sabes?” (E13)</i>
Buscando información de salud	
<i>“(...) cuando yo me agarré [COVID-19] me sentí muy insegura porque cada médico decía algo – [...] era muy insegura y buscábamos mucha información en internet, sí” (E14)</i>	

ausencia de normativas que autorizan interacciones sincrónicas o asincrónicas entre los profesionales de la salud directamente con los usuarios,²⁷ el énfasis del Programa Telessaúde Brasil Redes se ha centrado, desde su origen, en fortalecer la formación permanente del Equipo de Salud de la Familia y la calificación práctica de estos profesionales de la salud, especialmente aquellos ubicados en regiones de difícil acceso.¹⁵ Así, la telesalud en el SUS se realizó, hasta 2020, en los formatos de teleconsulta, telediagnóstico, segunda opinión formativa y teleeducación.²⁸ Debido a las nuevas exigencias impuestas por la pandemia de COVID-19 y componiendo la estrategia para enfrentar la emergencia de salud pública, se publicaron la Ordenanza N° 467/2020 de 23 de marzo de 2020 y la Ley N° 13.989/2020 de 15 de abril de 2020, que autorizan la realización de telesalud directamente entre los profesionales de la salud y el usuario en el SUS, salud complementaria y salud privada.²⁷

Incluso con el mayor uso de la telesalud por parte del SUS y aunque esta modalidad haya figurado en algunos planes estatales de contingencia para enfrentar la pandemia,¹⁰ su enfoque ha permanecido en el ámbito del telemonitoreo: TeleSUS, la aplicación de coronavirus del SUS y la búsqueda de chat en línea, en el contexto de la pandemia de COVID-19, para monitorear, informar y evaluar a las personas, respectivamente. Si bien la Estrategia de Salud Digital para Brasil (2020-2028),²⁹ a través del Programa Conecta SUS y sus iniciativas, mantiene en un segundo plano las interacciones sincrónicas y asincrónicas entre profesionales de la salud y usuarios y se resiste a ampliar horizontes más allá del COVID-19, la telesalud en la salud complementaria y privada se estructura y avanza.¹⁰

Las posibilidades de la telesalud para democratizar los servicios y la información de salud son concebibles a partir de estrategias de implementación que propongan ampliar el acceso.^{30,31} Sin embargo, las barreras a la digitalización y tecnologización en salud parecen no estar limitadas únicamente por las limitaciones de acceso a las tecnologías (tener dispositivos adecuados/modernos o tener conexión a internet). Derivados de las referencias críticas de Lupton,^{13,32} discutir la continuidad de las políticas públicas en telesalud en Brasil implica reconocer los determinantes sociales vinculados al uso de la tecnología.^{13,32} Creencias, comportamientos, cultura, normas comunitarias, perfil socioeconómico y ubicación geográfica de los usuarios pueden influir en el patrón de uso y compromiso con las tecnologías de la salud, así como el género, la etnia y la edad.^{13,32} Por lo tanto, incluso cuando el acceso a Internet y los modelos de dispositivos móviles son similares en dos grupos de diferente nivel socioeconómico, los más favorecidos socioeconómicamente El grupo tiende a

utilizar tecnologías digitales para reforzar sus privilegios.³² Por lo tanto, si se implementa sin prestar atención a las complejidades contextuales, el uso de la telesalud también puede simplemente consolidar las desigualdades e inequidades existentes en la atención de la salud de la población brasileña.^{4,7,33}

La base de la implementación de la telesalud en Brasil debe enfatizar la calidad y la cobertura de las redes de tecnologías de la información y la comunicación.² Pero más allá de eso, es necesario invertir en la preparación de todos los actores involucrados en el universo de la salud (es decir, gestores, políticas públicas, sistemas de salud, profesionales de la salud, usuarios y población en general). El potencial para democratizar el acceso a la salud,⁶ la atención integral a los usuarios,¹ la comunicación eficiente,³⁴ un ambiente de menor juicio para el intercambio de información en salud entre los profesionales de la salud y los usuarios,³⁴ y la promoción de la educación en salud de los profesionales y usuarios,^{15,28} son referencias que articulan características de la telesalud⁴ con otras políticas públicas de salud en Brasil, como la Política Nacional de Humanización del SUS, refrendando así la relevancia de la telesalud en este contexto. Con el objetivo de contribuir a los escenarios del mundo real, es importante que los estudios futuros continúen investigando la telesalud en los sectores público y privado desde las perspectivas de sus posibles y diversos usuarios.

Conclusión

Los facilitadores de telesalud identificados en este estudio apuntan a la continuidad de la atención y flexibilidad al contexto, especialmente en relación a la pandemia. La posible flexibilidad de las teleconsultas y el teleseguimiento parece contribuir a que los usuarios ahorren tiempo y recursos. Por otro lado, la falta de presencia física y la baja alfabetización digital fueron identificadas como barreras de telesalud. En el contexto de la COVID-19, los participantes relataron que la búsqueda de información de salud a través de internet estaba vinculada a la búsqueda de relatos de experiencias. El relevamiento cualitativo realizado en el presente estudio refuerza la perspectiva de que las iniciativas de telesalud pueden articular adaptaciones en los ámbitos de infraestructura y gestión, y formación de los profesionales de la salud y de la población.

Referencias

1. Bennell KL, Lawford BJ, Metcalf B, Mackenzie D, Russell T, van den Berg M, et al. Physiotherapists and patients report positive experiences overall with telehealth during the COVID-19 pandemic: a mixed-methods study. *J Physiother.* 2021;67(3):201-9.

2. Eccleston C, Blyth FM, Dear BF, Fisher EA, Keefe FJ, Lynch ME, et al. Managing patients with chronic pain during the COVID-19 outbreak: considerations for the rapid introduction of remotely supported (eHealth) pain management services. *Pain*. 2020;161(5):889-93.
3. Cottrell MA, Galea OA, O'Leary SP, Hill AJ, Russell TG. Real-time telerehabilitation for the treatment of musculoskeletal conditions is effective and comparable to standard practice: a systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation*. 2017;31(5):625-38.
4. Fernandes LG, Devan H, Fioratti I, Kamper SJ, Williams CM, Saragiotto BT. At my own pace, space, and place: a systematic review of qualitative studies of enablers and barriers to telehealth interventions for people with chronic pain. *Pain*. 2022;163(2):e165-e81.
5. Miranda JJ, Zaman MJ. Exporting "failure": why research from rich countries may not benefit the developing world. *Revista de Saúde Pública*. 2010;44:185-9.
6. World Health Organization W. Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth 2009. World Health Organization, WHO; 2010.
7. Lupton D. Critical Perspectives on Digital Health Technologies. *Sociology Compass*. 2014;8(12):1344-59.
8. Isautier JM, Copp T, Ayre J, Cvejic E, Meyerowitz-Katz G, Batcup C, et al. People's Experiences and Satisfaction With Telehealth During the COVID-19 Pandemic in Australia: Cross-Sectional Survey Study. *Journal of medical Internet research*. 2020;22(12):e24531.
9. Wade VA, Elliott JA, Hiller JE. Clinician acceptance is the key factor for sustainable telehealth services. *Qualitative health research*. 2014;24(5):682-94.
10. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCNd, Ribeiro GdR, Santos DL, et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(5).
11. Prvu Bettger J, Thoumi A, Markevich V, De Groote W, Rizzo Battistella L, Imamura M, et al. COVID-19: maintaining essential rehabilitation services across the care continuum. *BMJ global health*. 2020;5(5).
12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349-57.
13. Lupton D. The digitally engaged patient: self-monitoring and self-care in the digital health era. *Social Theory and Health*. 2013;11(2):256-70.
14. Marinopoulou A. Critical Theory: Epistemological Content and Method. In: Liamputtong P, editor. *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* Singapore: Springer Nature 2019.
15. Campos FE, Haddad AE, Wen CL, Alkmin MBM, Cury PM. The National Telehealth Program in Brazil: an instrument of support for primary health care. *Latin American Journal of Telehealth*. 2009;1(1):39-66.
16. DeMonte CM, DeMonte WD, Thorn BE. Future implications of eHealth interventions for chronic pain management in underserved populations. *Pain management*. 2015;5(3):207-14.
17. Saúde Md. Orientações para o manejo de pacientes com COVID-19. 2020 [Available from: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Covid19-Orientac--o--esManejoPacientes.pdf>].
18. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of medical Internet research*. 2006;8(4):e27.
19. Fernandes LG, Saragiotto BT. Clinimetrics: eHealth Literacy Scale. *Journal of Physiotherapy*. 2020.
20. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):389-94.
21. Tracy SJ. Taking the Plunge: A Contextual Approach to Problem-Based Research. *Communication Monographs*. 2007;74(1):106-11.
22. IBGE IBdGeE-, Economia Md. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. 2019.

23. Malliaras P, Merolli M, Williams CM, Caneiro JP, Haines T, Barton C. 'It's not hands-on therapy, so it's very limited': Telehealth use and views among allied health clinicians during the coronavirus pandemic. *Musculoskeletal Science and Practice*. 2021;52:102340.
24. Hanlon P, Daines L. Telehealth Interventions to Support Self-Management of Long-Term Conditions: A Systematic Metareview of Diabetes, Heart Failure, Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and Cancer. 2017;19(5):e172.
25. Fisk M, Livingstone A, Pit SW. Telehealth in the Context of COVID-19: Changing Perspectives in Australia, the United Kingdom, and the United States. *Journal of medical Internet research*. 2020;22(6):e19264.
26. Haddad AE, Silva DGd, Monteiro A, Guedes T, Figueiredo AM. Follow up of the Legislation Advancement Along the Implementation of the Brazilian Telehealth Programme. *Journal of the International Society for Telemedicine and EHealth*. 2016;4(e11):1-7.
27. Silva AB, da Silva RM, Ribeiro GdR, Guedes ACCM, Santos DL, Nepomuceno CC, et al. Three decades of telemedicine in Brazil: Mapping the regulatory framework from 1990 to 2018. *PLOS ONE*. 2020;15(11):e0242869.
28. Haddad AE, Skelton-Macedo MC, Abdala V, Bavaresco C, Mengehel D, Abdala CG, et al. Formative second opinion: qualifying health professionals for the unified health system through the Brazilian Telehealth Program. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*. 2015;21(2):138-42.
29. Saúde Md, Secretaria-Executiva, SUS Ddld. *Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 [recurso eletrônico]*. 2020.
30. Jackson DN, Trivedi N, Baur C. Re-Prioritizing Digital Health and Health Literacy in Healthy People 2030 to Affect Health Equity. *Health Communication*. 2021;36(10):1155-62.
31. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000;15(3):259-67.
32. Lupton D. Digital Health: Critical and Cross-Disciplinary Perspectives. Chamberlain K, Lyons A, editors: Routledge; 2018.
33. Reis FJJ, Fernandes LG, Saragiotto BT. Telehealth in low- and middle-income countries: Bridging the gap or exposing health disparities? *Health Policy Technol*. 2021;10(4):100577.
34. Lawford BJ, Delany C, Bennell KL, Hinman RS. "I was really sceptical...But it worked really well": a qualitative study of patient perceptions of telephone-delivered exercise therapy by physiotherapists for people with knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and cartilage*. 2018;26(6):741-50.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Financiamiento: Este estudio fue financiado por Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP; número de proceso 2020/06314-0). Dr Saragiotto es financiado por la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP; beca joven investigador número 2016/24217-7) y Livia Fernandes posee una beca de maestría de Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP; número de proceso 2019/14032-8).

Declaración de responsabilidad:
 Desarrollo de la pregunta de investigación y diseño del estudio.: Livia G. Fernandes; Bruno T. Saragiotto
 Desarrollo de la pregunta de investigación y diseño del estudio.: Livia G. Fernandes; Bruno T. Saragiotto
 Recolección de datos: Livia G. Fernandes
 Análisis e interpretación de datos: Livia G. Fernandes; Rafael F. F. Oliveira; Marina P. Baroni
 Desarrollo de la sección de resultados: Livia G. Fernandes; Marina P. Baroni; Rafael F. F. Oliveira
 Redacción inicial del manuscrito: Livia G. Fernandes
 Revisión del texto y estandarización en las normas de la revista: Livia G. Fernandes; Marina P. Baroni
 Revisión final y autorización para envío a la revista: Livia G. Fernandes; Marina P. Baroni; Rafael F. F. Oliveira; Bruno T. Saragiotto
Cómo citar este artículo: Fernandes LG, Baroni MP, Oliveira RFF, Saragiotto BT. "Todo tiene que salir bien, pero aún nos queda camino por recorrer.": visiones sobre la telesalud en Brasil. *Latin Am J telehealth, Belo Horizonte*, 2022; 9(2): 176-186. ISSN: 2175-2990.