



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

**COMPARACIÓN DEL PERFIL DE LOS USUARIOS Y NO USUARIOS  
DE TELECONSULTAS EN EL PERÚ SEGÚN LA ENCUESTA “LA VOZ  
DE LA GENTE”**

**COMPARING OF THE PROFILE OF TELECONSULTATION USERS  
AND NON-USERS IN PERÚ ACCORDING TO “THE PEOPLE’S VOICE”  
SURVEY**

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO  
CIRUJANO

**AUTORAS**

INDIRA VALERIA ATAHUALPA CABANILLAS

VALERIA CASAS PINEDO

**ASESORA**

PATRICIA JANNET GARCIA FUNEGRA

**CO-ASESOR**

CESAR PAUL EUGENIO CARCAMO CAVAGNARO

LIMA - PERÚ

2024



## **JURADO**

**Presidente:** Maria Sofia Cuba Fuentes

**Vocal:** Pavel Jaime Contreras Carmona

**Secretario:** Jose Argentino Nestares Rojas

**Fecha de sustentación:** 09 de Agosto del 2024

**Calificación:** Aprobado

## **ASESORES DE TESIS**

### **ASESORA**

Dra. Patricia Jannet Garcia Funegra

Departamento Académico de Salud Pública, Administración y Ciencias Sociales

ORCID: 0000-0003-3874-2256

### **CO-ASESOR**

Dr. Cesar Paul Eugenio Carcamo Cavagnaro

Departamento Académico de Salud Pública, Administración y Ciencias Sociales

ORCID: 0000-0002-2495-2490

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo se lo dedicamos a nuestros familiares, en especial a nuestros padres por el apoyo constante y ser una motivación en este largo camino.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a nuestros asesores, la Dra. Patricia Garcia Funegra y al Dr. César Cárcamo Cavagnaro, y al Dr. Jesús Medina Ranilla por su tiempo y dedicación para realizar este proyecto. A nuestros queridos amigos y colegas por sus consejos.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

El presente trabajo fue autofinanciado.

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## RESULTADOS DEL INFORME DE SIMILITUD

Comparación del perfil de los usuarios y no usuarios de teleconsultas en el Perú según la encuesta "La Voz de la Gente"

### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>11</b> %	<b>11</b> %	<b>2</b> %	<b>2</b> %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>www.researchgate.net</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>2</b>	<b>Submitted to Universidad Autonoma del Peru</b> Trabajo del estudiante	<b>1</b> %
<b>3</b>	<b>pesquisa.bvsalud.org</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>4</b>	<b>www.imbanaco.com</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>5</b>	<b>www.slideshare.net</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1</b> %
<b>6</b>	<b>www.sidastudi.org</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1</b> %
<b>7</b>	<b>Submitted to Universidad Internacional del Ecuador</b> Trabajo del estudiante	<b>&lt;1</b> %
<b>8</b>	<b>acp.org.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1</b> %

## TABLA DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCIÓN .....	1
II.	OBJETIVOS .....	7
III.	MATERIALES Y MÉTODOS .....	8
	Diseño del estudio .....	8
	Población .....	8
	Poder estadístico .....	11
	Definición Operacional de Variables .....	11
	Aspectos éticos del estudio.....	13
	Análisis estadístico .....	13
IV.	RESULTADOS .....	14
V.	DISCUSIÓN .....	17
VI.	CONCLUSIONES .....	27
VII.	REFERENCIAS .....	28
VIII.	TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS .....	34



## RESUMEN

**Antecedentes:** Por la pandemia del COVID-19, Perú implementó teleconsultas como parte de su respuesta sanitaria. A mediados del 2022, la red internacional de investigadores QuEST LAC realizó la encuesta “*La Voz de la Gente*” para evaluar la calidad de los sistemas de salud desde la perspectiva de las personas en varios países de Latinoamérica. **Objetivos:** Describir y comparar el perfil de usuarios y no usuarios de teleconsultas en el Perú utilizando variables sociodemográficas, estado de salud, nivel de activación y patrones de utilización del sistema de salud. **Materiales y métodos:** Análisis de datos secundarios de la encuesta telefónica “*La Voz de la Gente*” realizada en el Perú. **Resultados:** De 1 255 personas, 29.2% usó teleconsultas. Su uso estuvo relacionado al sexo femenino, tener un lugar usual de atención, seguro EsSalud y Sanidad de las FFAA y Policiales, seguro privado, mal estado de salud autorreportado, residir en ciudades diferentes a Lima Metropolitana y Callao y zonas rurales. Entre los usuarios y no usuarios de teleconsultas hubo diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) en el uso de consultas domiciliarias o presenciales. **Conclusiones:** Ser mujer, tener seguro de salud y un lugar usual de atención se asocian a mayor uso de teleconsultas. Mientras que un menor uso, a quienes refieren un mal estado de salud, viven en zonas rurales o ciudades diferentes a Lima y Callao. El estudio permite mostrar las brechas e inequidades en salud en el contexto de teleconsultas.

**Palabras clave:** Teleconsulta, Perú, Sistemas de salud, Equidad en Salud (DeCS).

## **SUMMARY**

**Background:** Due to the COVID-19 pandemic, Peru implemented teleconsultations as part of its health response. In mid-2022, the international network of researchers QuEST LAC conducted the “*The Voice of the People*” survey to evaluate the quality of health systems from the perspective of people in several Latin American countries. **Objectives:** Describe and compare the profile of users and non-users of teleconsultations in Peru using sociodemographic variables, health status, level of activation and patterns of use of the health system. **Materials and methods:** Analysis of secondary data from the telephone survey “La Voz de la Gente” carried out in Peru. **Results:** Of 1,255 people, 29.2% used teleconsultations. Its use was related to female sex, having a usual place of care, EsSalud and Health insurance from the Armed Forces and Police, private insurance, poor self-reported health status, residing in cities other than Metropolitan Lima and Callao and rural areas. **Conclusions:** Being a woman, having health insurance and a usual place of care are associated with greater use of teleconsultations. While less use, those who report a poor state of health, live in rural areas or cities other than Lima and Callao. The study allows us to show the gaps and inequities in health in the context of teleconsultations.

**Keywords:** Teleconsultation, Peru, Health Systems, Health Equity (DeCS).

## I. INTRODUCCIÓN

La telemedicina ha evolucionado desde finales del siglo XIX a la par de los avances tecnológicos (1,2). En la actualidad, la telemedicina comprende una variedad de acciones y formas de transmisión de la información en donde al menos uno de los involucrados es profesional de la salud (3–5). Se le ha atribuido diferentes definiciones, siendo probablemente la más aceptada la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define a la Telemedicina como *“la prestación de servicios de salud, por parte de cualquier profesional de la salud, en la que la distancia es un factor crítico y que utiliza tecnologías de la información y la comunicación (TIC)...con el objetivo de mejorar la salud de las personas y sus comunidades”* (1,6).

Durante la emergencia sanitaria de COVID-19, aumentó globalmente el número de teleconsultas, ya que las medidas de distanciamiento social implementadas para evitar la propagación del virus y contagios a los más vulnerables impedían el contacto persona-persona (7). Por ejemplo, en ciudades como Nueva York, epicentro de la pandemia durante marzo y abril 2020, se reportó una caída del 80% en las consultas presenciales, mientras que las consultas virtuales aumentaron en un 70% del total de atenciones ambulatorias en 4 hospitales en promedio (7–9). A pesar de la necesidad, la adopción de esta estrategia fue desigual en el mundo. En los países de mayores ingresos como Canadá, Japón y Francia, ya se realizaban teleconsultas desde mucho antes de la pandemia, por ejemplo ofreciendo monitoreo remoto de los pacientes. Estos procesos de teleconsulta se daban ya con financiación gubernamental incluyendo pagos complementarios por los servicios

auxiliares (conectividad, soporte técnico) e incentivos económicos a los profesionales (10).

En los países de bajos y medianos ingresos, con poca o mediana experiencia en telemedicina, la teleconsulta tuvo que implementarse rápidamente mediante cambios en sus normas y procesos para responder a las necesidades del COVID-19 y otras patologías, incluyendo el seguimiento y triaje virtual de la infección (11–14). También se establecieron normativas para el telemonitoreo de pacientes con enfermedades crónicas, actividades preventivas (consejería nutricional, salud mental) y la atención de diversas especialidades (telemonitoreo en los pacientes post operados, teleconsultas en psiquiatría y seguimiento a los pacientes con tratamiento oncológico establecido), entre otras acciones (12,15–18).

En el Perú, en el 2005, se inició la implementación de la telemedicina con el Plan Nacional de Telesalud (14). En el año 2009, el Ministerio de Salud (MINSa) publicó las primeras normas sobre telesalud (19). Sin embargo, esta ley solo permitía teleconsultas entre profesionales de la salud (20). En el año 2016-2017 se aprobó la Ley Marco de Telesalud N° 30421, que tiene como objetivo “...establecer los lineamientos generales para la implementación y desarrollo de la telesalud como una estrategia de prestación de servicios de salud, a fin de mejorar su eficiencia y calidad e incrementar su cobertura mediante el uso de TIC en el sistema nacional de salud”. La ley detalla definiciones diferentes para telemedicina y telesalud, y crea la Dirección de TeleSalud Referencia y Urgencias (DIGTEL) en el MINSa en el 2017 (21,22). A pesar de esto, la telemedicina avanzó lentamente en el Perú debido al recelo de algunos profesionales de la salud. Como muestra de ello, en el año 2019, un seguro privado lanzó una app para teleconsultas la cual fue

vetada por el Colegio Médico del Perú (CMP), argumentando que “*este tipo de servicios médicos no presenciales, podrían poner en riesgo la integridad de los pacientes*”. Sin embargo, las bases para la telemedicina en el país ya estaban establecidas (23).

En el año 2020, en vista de la situación crítica y la necesidad de ofrecer servicios a distancia, el MINSA, EsSalud, y los prestadores de servicios privados tomaron acciones para efectivizar la telemedicina. Junto con las Guías de Práctica Clínica para la atención del COVID-19, que incluían telemonitoreo para los pacientes con enfermedad leve en aislamiento, EsSalud inició consultas a distancia para monitoreo de enfermedades crónicas (24), mientras que el MINSA comenzó a ofrecer servicios remotos para diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, entre otras acciones (Ver Anexo 1) (18). El CMP también colaboró al poner a disposición la plataforma “Salud a un Clic”, la cual gestionaba los servicios de salud mental, seguimiento de casos sospechosos o confirmados de COVID-19 y terapias de rehabilitación para médicos (14).

Se encuentran en la literatura varios artículos sobre la experiencia de la telemedicina durante la pandemia en el Perú. En su mayoría, tratan sobre el proceso de promulgación e implementación de normativas, así como experiencias locales de su uso y satisfacción con las mismas. Por ejemplo, un artículo aborda las normativas que autorizaron recetas electrónicas y el manejo de datos del paciente, mientras que otro resalta la ética y la capacitación médica en telemedicina (14,25). Por otro lado, los artículos locales, usualmente realizados dentro entornos médicos o patologías específicas, describen temas como acceso y calidad de la atención, mantenimiento de la salud, monitoreo de enfermedades, satisfacción del paciente y telediagnóstico

(12,17,26–30). Sin embargo, no se han encontrado evaluaciones que describan el uso de teleconsultas a nivel nacional durante la pandemia en el Perú.

Dos años luego del inicio de la pandemia, a mediados del 2022, la red internacional de investigadores QuEST LAC (acrónimo del inglés “Evidencia de Calidad para la Transformación de los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe”), dirigida por el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) de Argentina y la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) desde la unidad de epidemiología de la Facultad de Salud Pública, en colaboración con la red QuEST Global, llevó a cabo la encuesta “*La Voz de la Gente*” para evaluar aspectos de la calidad de los sistemas de salud en varios países de Latinoamérica, entre ellos, el Perú. Se buscó implementar un instrumento novedoso, costo-efectivo, con representatividad nacional y que evalúe al sistema de salud como un todo, incluyendo la percepción de usuarios y no usuarios (31).

Esta encuesta se basa en el marco conceptual de la comisión Lancet sobre los sistemas de salud de alta calidad (HQSS en inglés) (Anexo 2), quien define a un sistema de salud de alta calidad como “*aquel que optimiza la atención de salud en un contexto determinado brindando constantemente atención que mejora o mantiene los resultados de salud, siendo valorado y respaldado por todas las personas y respondiendo a las necesidades cambiantes de la población*” (32).

Dentro de la dimensión de cimientos del sistema de salud, se encuentran características demográficas como sexo, edad o nivel socioeconómico, pero también se consideran indicadores más complejos como el estado de salud y la activación del paciente. El estado de salud del paciente es una medida que puede ser evaluada de distintas maneras, como mediante los años perdidos por

discapacidad, pérdida de la salud en corto o largo plazo, y las muertes prematuras. Este y otros enfoques se usan para definir categorías de carga de enfermedad (33–35). Por otro lado, la activación del paciente se refiere a la confianza que tiene la persona en su capacidad de cuidar de su propia salud, junto con los conocimientos y habilidades para hacerlo. Este indicador permite identificar la disposición de los participantes a ser coprotagonistas en el manejo de sus problemas de salud (36,37). También se recogió información sobre atenciones en los servicios de salud tanto presenciales como virtuales, no solo para COVID-19 sino para cualquier evento en salud y otras tantas variables con respecto a los servicios de salud en los dos años previos. La metodología de la encuesta (38), y los resultados de la primera ronda de “*La Voz de la Gente*”, han sido publicados recientemente (39,40). Estos incluyen datos de Perú, pero existen datos de esta base que aún no han sido explorados a profundidad como los relacionados a las teleconsultas.

Dado que durante la emergencia sanitaria de COVID-19, las teleconsultas permitieron el acceso de la población a los sistemas de salud (41–43), creemos que es de crucial importancia entender y describir el uso de teleconsultas en el Perú durante la pandemia, así como caracterizar a la población usuaria y no usuaria de esta importante estrategia de salud. Al analizar las diferencias entre quienes optaron por utilizar las teleconsultas y quienes no, se podrá priorizar los subgrupos de la población en quienes es necesario fomentar su acceso. Además, este análisis permitirá descubrir alternativas más eficaces para garantizar que toda la población reciba atención médica de manera equitativa.

Es por esto que, en el presente trabajo, utilizando los datos colectados por “*La Voz de la Gente*”, se describirá y comparará el perfil de los usuarios y no usuarios de

teleconsultas en el Perú utilizando las variables sociodemográficas más relevantes en nuestro contexto, así como el estado de salud, nivel de activación de los pacientes y sus patrones de utilización del sistema de salud.



## **II. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Describir y comparar el perfil de los usuarios y no usuarios de teleconsultas en el Perú utilizando variables sociodemográficas, estado de salud, nivel de activación y patrones de utilización del sistema de salud.

### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **Diseño del estudio**

Estudio de corte transversal. Se realizó un análisis de datos secundarios de la encuesta telefónica “*La Voz de la Gente*” realizada en Perú en el 2022.

#### **Población**

Se obtuvo acceso a la base de datos de “*La Voz de la Gente*”. Esta encuesta fue desarrollada por la red QuEST Global, una red internacional de investigadores con base en la Escuela de Salud Pública de Harvard y con miembros y afiliados de más de 15 países en 4 continentes, entre los que se encuentra QuEST LAC. Este proceso incluyó la revisión de literatura previa junto con el reporte de la Comisión Lancet HQSS (32), la selección de los dominios, preguntas y opciones de respuesta más relevantes, una revisión externa por pares por expertos en sistemas de salud y desarrollo de encuestas de parte de la OMS, el Banco Mundial y la Universidad de Michigan y un proceso sistemático de traducción y validación mediante entrevistas cognitivas en todos los países participantes. Posteriormente, se realizaron también estudios piloto en todos los países antes de proceder con la encuesta (31).

“*La Voz de la Gente*” incluye 65 preguntas que se agrupan en cuatro secciones. La primera, basada en el dominio “cimientos”, permite caracterizar a la población encuestada, recogiendo datos demográficos, coberturas de salud, estado de salud autorreportado por los participantes (variable usada para definir categorías de carga de enfermedad, como “alta necesidad de salud”), expectativas de calidad y nivel de activación del paciente (31,32).

En la segunda sección se exploran los procesos de atención. Aquí se describe la utilización de servicios (disponibilidad de un lugar usual de atención, uso de teleconsultas, visitas domiciliarias, hospitalización), la competencia del sistema expresada a partir de la recepción de medidas preventivas poblacionales como tamizaje de enfermedades cardiovasculares o cáncer, así como la experiencia de situaciones adversas durante la atención como discriminación o la percepción de un error médico; y la experiencia del usuario a partir de la valoración de la última consulta realizada por cada participante (31,32).

En la tercera sección se incluyeron datos relacionados al impacto de la calidad, específicamente, acerca de la confianza de los participantes en el sistema, incluyendo las opiniones de los usuarios y no usuarios del sistema de salud. Se exploró la percepción de la atención de diversas condiciones en el nivel primer nivel de atención del sistema público, así como la percepción de la evolución del sistema y la percepción de seguridad sanitaria. Finalmente, la última sección incluyó módulos suplementarios que pueden adaptarse al contexto sanitario en que se administra la encuesta, en este caso, se incluyó un módulo de COVID-19 explorando prevalencia de la enfermedad, cobertura e intención de vacunación, entre otros indicadores (31,32).

Entre Julio y Setiembre del 2022, se recogió información de una muestra representativa de la población nacional adultos en Perú, mediante una encuesta telefónica. El personal que participó como supervisores y encuestadores recibió entrenamiento en aspectos éticos y técnicos relacionados al muestreo, trabajo de campo, la aplicación del cuestionario, el registro de la información y los controles

de calidad. El marco muestral se generó a partir de marcos de teléfonos móviles obtenidos por la empresa encuestadora, tomando en cuenta la alta penetración de celulares en el país. Se utilizó el método de marcación aleatoria de dígitos (RDD por sus siglas en inglés) para la selección probabilística de la muestra. Los números seleccionados se trataron como números de uso de una sola persona, por lo que solamente aquella persona que respondía la llamada era elegible para la selección, siempre y cuando fuese mayor de 18 años (es decir solo un participante por número telefónico) y diera su consentimiento para participar; tanto el registro como el almacenamiento de los datos fue anónimo. Se llamaron a 33294 números telefónicos producidos por RDD. Se contactó efectivamente a 8967 números telefónicos, de los cuales 2689 fueron no elegibles (por ej. contesta un fax, teléfono corresponde a establecimiento comercial, persona que contesta el teléfono es menor de 18 años). 1350 personas elegibles aceptaron participar en la encuesta telefónica, de las que 1291 (98.2%) completaron la encuesta con una mediana de duración de 22 minutos. En el proceso de control de calidad se eliminaron 36 (2.8%) encuestas. Luego del trabajo de campo la data fue ponderada para representar a la población general (31). La tasa de aceptación a participar se calculó dividiendo el número de personas que aceptaron participar entre el número de personas elegibles contactadas multiplicado por cien, obteniéndose una tasa de participación de 21.5%.

Las características generales de los participantes de la encuesta Voz de la gente se presentan en el Anexo 4. Los encuestados fueron todos mayores de 18 años, con una mediana de 40 años y el 50.8% fueron mujeres. La muestra fue predominantemente urbana (82.3%), similar a los datos de la población peruana que según el último censo presentó un 78% de población urbana. La proporción que

reportan como lengua materna al español fue de 85.7%, y el 62% registró nivel educativo secundario o superior.

### **Poder estadístico**

En el presente estudio se usaron los datos de 1255 participantes (367 expuestos y 888 no expuestos). Para un nivel de confianza de 95%, este tamaño de muestra tiene un poder de 88.65% o superior para detectar como estadísticamente significativas, diferencias de 10% en la prevalencia de factores asociados positivamente a la variable dependiente. Para estos cálculos se usó el sitio web de OpenEpi ([www.openepi.com](http://www.openepi.com)).

### **Definición Operacional de Variables**

La variable dependiente para nuestro análisis fue la utilización o no de teleconsultas, esta variable estaba en relación con la pregunta 28B de *“La Voz de la Gente”* registrándose como “Sí” a aquellos que tuvieron al menos una teleconsulta y “No” a aquellos que registraron cero teleconsultas. Las variables independientes fueron edad, sexo, lengua materna, nivel de educación, nivel de ingreso, lugar usual de atención, residencia, activación del paciente, estado de salud autorreportado, subsistema de salud según su tipo de seguro, percepción de discriminación por un personal de salud y expectativa de calidad. La opción “no sabe” como respuesta no fue incluida en el análisis (Anexo 3).

La variable de Residencia estaba en relación con la pregunta 4 y 5 de *“La Voz de la Gente”*. Se registró como “Lima Metropolitana y Callao” a aquellos que respondieron como lugar donde viven al departamento “Callao”, o “Ciudad” y departamento “Lima”; se registró como “Otras ciudades” a aquellos que calificaron

como lugar donde viven “Ciudad” en cualquier otro departamento a excepción de “Lima” y “Callao”; y “Rural” a aquellos que calificaron como lugar donde viven “Pueblo” o “Campo” indiferentemente del departamento.

La variable de Expectativa de calidad del sistema de salud estaba en relación con la pregunta 60 y 61. Se registró como “Baja expectativa” a aquellos que calificaron como “Buena” o superior al enunciado con baja calidad (pregunta 60) y/o calificaron al enunciado de mala calidad mejor que a la de buena calidad (pregunta 61). Aquellos que no cumplían con estos criterios fueron agrupados como participantes con altas expectativas de calidad de atención.

La variable Activación del paciente estaba en relación con la pregunta 16 y 17. Se registró como “Alta” a aquellos que calificaron como “Muy seguro de que es la principal persona responsable de cuidar su salud” y “Muy seguro de que puede contarle a un personal de salud sobre sus dudas de salud, aunque no se lo pregunte”. Aquellos que no cumplieron con estos criterios fueron agrupados como participantes con “Baja” Activación del paciente.

La variable Estado de salud autorreportado estaba en relación con las preguntas 9, 10 y 11. Se registró como “Mal estado de salud autorreportado” a aquellos que calificaron como “Ni bueno ni malo” o “Malo” su estado de salud general, “Ni bueno ni malo” o “Malo” su estado de salud mental y “Sí tiene alguna enfermedad crónica/problema de salud crónico”. Aquellos que no cumplieron con estos criterios fueron agrupados como participantes con “Buen estado de salud autorreportado”.

La variable Percepción de discriminación por un personal de salud solo se analizó en aquellos con al menos una consulta virtual, presencial o domiciliaria, es decir, en los usuarios del sistema de salud.

### **Aspectos éticos del estudio**

Este trabajo fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la UPCH (24/04/24; SIDISI: 213842) mediante la CONSTANCIA-CIEI-180-18-24 (Anexo 5). En este proyecto no se requirió de un consentimiento informado por ser un análisis secundario de datos de la encuesta “*La Voz de la Gente*”.

### **Análisis estadístico**

Se usó el programa estadístico Jamovi v 2.3.28 de acceso libre para el análisis de datos y la representación gráfica de los resultados. (44)

Se determinó la frecuencia y porcentaje de usuarios y no usuarios de teleconsultas. Además, se calculó razones de prevalencia (RP) crudas en un modelo bivariado y ajustadas en un modelo multivariado, utilizando la regresión de Poisson para identificar asociaciones con las variables independientes antes descritas. Aquellas que tuvieron un valor de  $p < 0.1$  para la RP cruda, fueron evaluadas en un modelo multivariado. El modelo final incluyó únicamente aquellas variables que tuvieron un valor de  $p < 0.05$  en el modelo multivariado.

#### IV. RESULTADOS

Se obtuvo la base de datos con un total de 1255 personas, de estas, 367 (29.2%) refirieron haber tenido alguna teleconsulta (Anexo 4). En la tabla 1 se presentan las características generales de la población incluida en el estudio según el uso de teleconsultas. En cuanto a las características epidemiológicas, si bien la mayoría (25.3%) de usuarios de teleconsulta pertenecían al grupo etario de 18-29 años, al comparar con los no usuarios de teleconsultas las Razones de Prevalencia crudas (RP) resultaron significativas para los grupos etarios mayores de 50 años, teniendo el grupo de 60-69 años la RP más alta (2.02; IC 1.39-2.88).

Con respecto al sexo, se observa un mayor porcentaje de mujeres entre los usuarios de teleconsultas con respecto a los no usuarios (58% vs 49.7%  $p=0.007$ ). No se encontraron diferencias con respecto a las lenguas maternas referidas. Más de la mitad de los que tuvieron teleconsulta (52.3%) tenían educación superior, mientras que la mayoría de los no usuarios de teleconsulta tenían un nivel educativo secundario predominante (45.7%). En el análisis bivariado, tener educación superior tuvo una RP de 2.23 (1.54-3.34). De la misma manera, aquellos con mayor nivel de ingreso tuvieron la mayor RP asociada a haber realizado teleconsultas (RP: 1.9; IC 1.47-2.45).

La mayoría de tanto usuarios como no usuarios reportó tener un lugar usual de atención (85.0 y 75.1% respectivamente), encontrándose una RP de 1.6 (1.21-2.15) relacionándose esta variable con haber tenido al menos una teleconsulta. Además, en los usuarios de teleconsultas, los lugares de residencia más comunes fueron Lima Metropolitana y Callao con un 53.4%, teniendo los habitantes de otras ciudades y zonas rurales RPs de 0.67 y 0.54 respectivamente.



En cuanto a la variable subsistema de salud, la mayoría de los que tuvieron teleconsultas contaban con EsSalud o el seguro de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales (51.6%) mientras que la menor proporción de usuarios se dio entre los que no contaban con ningún seguro de salud (9.6%). La RP cruda en los asegurados a EsSalud y la Sanidad de las FFAA y Policiales, y a un seguro privado fue mayor a 2 (2.37 y 2.36 respectivamente), mientras que los que no contaban con ningún seguro su RP cruda no fue estadísticamente significativa. No se encontraron asociaciones significativas entre tener o no teleconsultas y las variables de percepción de discriminación y nivel de activación del paciente, pero sí aquellos con altas expectativas tuvieron una RP de 1.43 (IC 1.06-1.97) y aquellos con un mal estado de salud autorreportado una RP de 0.59 (IC 0.43-0.84) asociada a haber tenido teleconsultas.

Las siguientes variables son las que fueron elegibles para el análisis multivariado: Edad ( $p < 0.001$ ), Sexo (0.007), Nivel educativo ( $p < 0.001$ ), Nivel de ingreso ( $< 0.001$ ), Lugar usual de atención ( $< 0.001$ ), Residencia ( $< 0.001$ ), Subsistema de salud ( $< 0.001$ ), Expectativa de calidad de atención (0.007) y Estado de salud autorreportado ( $p < 0.001$ ). No se encontraron interacciones estadísticamente significativas entre estas variables. Posteriormente, las variables que no presentaban un  $p < 0.05$  en el análisis multivariado se eliminaron una a una, quedando cinco variables en el modelo final: Sexo ( $p = 0.018$ ), Lugar usual de atención ( $p = 0.035$ ), Residencia ( $p = 0.010$ ), Subsistema de salud ( $p < 0.001$ ) y Estado de salud autorreportado ( $p = 0.012$ ). (ver Tabla 2)

En el análisis multivariado, se encontró una menor probabilidad de uso de teleconsulta en las personas con Mal estado de salud autorreportado (RP: 0.625,

[IC95%: 0.449-0.896]), con residencia en Otras ciudades con respecto a Lima Metropolitana y Callao (0.724 [0.569-0.918]) y con residencia Rural con respecto a Lima Metropolitana y Callao (0.709 [0.519-0.955]). Se encontró mayor probabilidad de uso de teleconsultas en las personas con Seguro Social: EsSalud y Fuerzas Armadas y Policiales con respecto a SIS (2.274 [1.779-2.923]), con seguro Privado con respecto a SIS (2.072 [1.381-3.045]), con lugar usual de atención con respecto a las que no lo tienen (1.361 [1.021-1.846]) y las mujeres con respecto a los hombres (1.292 [1.044-1.602]). (Tabla 2)

## V. DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos que casi la tercera parte de los participantes tuvieron al menos una teleconsulta. Los usuarios de teleconsulta son predominantemente mujeres que cuentan con un lugar usual de atención de salud, residen en zonas urbanas y en Lima Metropolitana. También reportan con mayor frecuencia tener un mejor estado de salud autorreportado y estar asegurados por el seguro social o privado.

Se sugiere que las mujeres tienen mayor probabilidad de uso de teleconsulta en comparación con los hombres. En múltiples artículos se evidencia una similitud de resultados, donde se aprecia que la población que predomina en el uso de teleconsultas es el sexo femenino (45–48). Esto podría verse relacionado con la educación en salud preventiva que frecuentemente reciben las mujeres, por medio de las estrategias de salud relacionadas con patologías como cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, y las atenciones relacionadas a las etapas de vida basadas en el ciclo reproductivo (49). Ellas podrían ser un punto de apoyo para mejorar la educación y acceso de sus familias acerca del uso de teleconsultas, siguiendo los pasos de países donde han hecho notar su rol como promotoras de salud en la familia y con su comunidad (50,51).

Lee et al. (2023) mostró que tener un lugar usual de atención mejora significativamente el acceso a la atención médica, incluso considerando factores socioeconómicos y demográficos (52). Hallazgos recientes basados en la encuesta “*La Voz de la Gente*” refuerzan esta asociación al mostrar que una atención primaria integral está vinculada con mejores calificaciones de calidad en servicios esenciales

de atención primaria cuando existe un lugar de atención habitual, tanto en países de bajos como medianos ingresos (53). El presente estudio halló una mayor asociación de uso de teleconsultas entre aquellos que tienen un lugar usual de atención, lo cual muestra una tendencia similar a lo mencionado anteriormente. El beneficio en incrementar el acceso a teleconsultas al fortalecer estos establecimientos ya seleccionados o preferidos por los usuarios es un tema que merece ser investigado.

Se observó que las personas que residen en otras ciudades que no sean Lima Metropolitana y Callao, y quienes residen en zonas rurales presentan menos probabilidad de uso de teleconsulta. Esto es respaldado por artículos locales que reportan que las personas que residen en otras ciudades diferentes a Lima usan en menor proporción las teleconsultas así como otras funciones de telemedicina (26,45), y por un artículo de revisión en el cual se estima que aproximadamente dos tercios de la población de América Latina reside en las ciudades y, además, que la población que reside en las zonas rurales cuentan con limitados recursos básicos como electricidad (54). Por ello, es recomendable facilitar el acceso a teleconsultas en zonas rurales por medio de llamadas telefónicas o mensajes de textos, y buscar las dificultades que pueden estar presentando que hace que su acceso sea menor a este servicio, debido a que ayudaría a disminuir el costo que implica la movilización hacia las ciudades y ayudaría a disminuir las brechas en la salud (4).

Las personas que refirieron tener Seguro Social (EsSalud) y Sanidad de las Fuerzas Armadas se asociaron a una mayor probabilidad de uso de teleconsulta en comparación con las que tenían SIS. Del mismo modo, aquellos con seguro privado tuvieron una mayor probabilidad de uso de teleconsultas con respecto a las personas que refirieron tener SIS. Según una encuesta realizada entre 2021 y 2022 en Perú

sobre la satisfacción de teleconsultas en pacientes que accedieron a una teleconsulta docente ofrecida por la UPCH, el 42.4% de los encuestados tenían Seguro Social, mientras que cerca de un tercio tenían seguro privado (45). Tras los efectos por la pandemia de COVID-19 en América Latina, aun cuando existe una marcada diferencia entre las instituciones públicas y privadas debido a la baja inversión en el sector público, el presente estudio sugiere que el acceso a este servicio se da en similar proporción entre seguros privados y EsSalud, aun cuando este último es un seguro público (54). Este es un escenario prometedor para poder alcanzar equidad en salud, pero quedan un desafío pendiente, ya que en teoría el SIS también implementó políticas en favor de la teleconsulta.

Con los resultados obtenidos, se interpreta que las personas con peor estado de salud presentaron menor probabilidad de uso de teleconsultas. No obstante, existe evidencia del beneficio de la telemedicina en el manejo de enfermedades crónicas, reduciendo sus complicaciones y permitiendo un mejor monitoreo de las mismas (12,26). En consecuencia, es necesario investigar las razones que les impiden el acceso a consultas virtuales, tales como desconfianza debido a posibles errores médicos durante la atención, la preferencia por la consulta presencial, o la percepción de que una consulta a distancia podría ser insuficiente para abordar cuadros severos.

Finalmente, nos gustaría comentar acerca de las variables, que a pesar de no encontrarse asociación con el uso de teleconsultas en nuestro estudio, creemos que son relevantes para tomar en cuenta y discutir, sobre todo dentro del contexto de nuestro país. Aun cuando la edad no fue un factor asociado al uso de teleconsulta,

múltiples artículos reportan que las personas más jóvenes usan con mayor frecuencia el servicio de consultas virtuales (45,55). Durante la pandemia del COVID-19, las consultas virtuales fueron fundamentales para proteger a los adultos mayores, permitiéndoles quedarse en casa y evitar el contacto con otras personas (55). Ya que son los jóvenes quienes presentan facilidad para el uso de la tecnología (54), son ellos quienes pueden ser un punto de apoyo para mantener el acceso a las consultas virtuales a los adultos mayores por la mayor carga de enfermedad usual en ellos (56).

Acercas del nivel educativo, el estudio contrasta con la literatura ya que no muestra asociación entre educación y uso de teleconsultas. Esto podría estar relacionado a que las personas con niveles educativos más altos suelen tener una mayor conciencia de los beneficios que ofrece el servicio de teleconsultas, como la reducción de tiempos de espera y la posibilidad de acceder a especialistas que pueden no estar disponibles localmente (45,57). No obstante, también hay que tener en cuenta que son las personas con mayor nivel educativo quienes pertenecen a un subgrupo de la población que a la vez tienen mayores recursos económicos, y beneficios como mejores seguros de salud y óptimos hábitos de salud (58). Esto deja en evidencia la vulnerabilidad e inequidades que enfrentan las poblaciones menos privilegiadas, encontrándose en desventaja en cuanto a acceso a diferentes servicios de salud, incluyendo las teleconsultas. Para abordar esta diferencia, una opción es que los líderes en salud fortalezcan los lazos con organizaciones no sanitarias como iglesias, escuelas, club de madres, entre otros, con la finalidad de acercarse hacia quienes se encuentren en un contexto de desventaja (59) y establezcan objetivos claros para mejorar el acceso a la telemedicina. Esto podría

tomar la forma de la provisión de educación tecnológica mediante programas de capacitación en tecnología dirigidos a poblaciones vulnerables, la creación de centros de ayuda y líneas de soporte técnico, el asegurar accesibilidad de la información para todos los niveles educativos y la promoción de conciencia acerca de los beneficios de la telesalud, como se ha implementado exitosamente en iniciativas comunitarias en otros contextos (60).

El estudio no muestra asociación entre el nivel de ingresos y el uso de teleconsultas. Sin embargo, Alliance for Affordable Internet (2021) muestra diferencias para acceso al uso de tecnologías según el ingreso relacionado a los países o a zonas dentro de ellos (61), evidenciando las inequidades entre los que tienen acceso a las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y aquellos que no. Por otro lado, la literatura muestra que, en situaciones extremas como lo sucedido por el COVID-19, incluso las personas con bajos recursos recurrieron en mayor medida a las atenciones virtuales (62,63). Desde este punto de vista, para cerrar esta brecha, es necesario poner mayor énfasis en la distribución del servicio de teleconsultas por vías que ya son accesibles para la población y, a la par, mejorar la infraestructura tecnológica, con la finalidad de brindarles redes de internet de alta velocidad en áreas rurales y remotas, asegurando que la conectividad sea accesible y asequible para todos sin discriminar residencia o ingresos económicos (64).

La expectativa de calidad de atención no mostró una asociación con el uso de teleconsultas. Esto puede deberse a la presencia de factores confusores que influyen en que las personas con expectativas más altas de calidad busquen y eventualmente obtengan una mejor atención (40). La búsqueda de esta asociación se centró en

identificar qué características tienen las personas que acceden a este servicio para así reducir las diferencias. Siguiendo los lineamientos descritos en The Lancet Global Health Commission, evaluar los procesos de atención es parte fundamental para el desarrollo de un sistema de salud de calidad. En este contexto, es importante reconocer que la atención personalizada, la confiabilidad tecnológica, la seguridad y una comunicación clara y empática son elementos clave para lograr una atención de calidad (32,65). Estos otros elementos son cruciales para proporcionar una atención de alta calidad y pueden ser factores determinantes importantes en la eficacia y aceptación de los servicios de telemedicina.

Aunque en este estudio no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre activación del paciente y uso de teleconsultas, la literatura sugiere que está relacionada con la búsqueda de una buena atención en salud. Esto puede deberse a que las personas con mayor activación optan por una mejor selección de proveedores u óptima atención (40). Asimismo, esta característica presenta relación con el uso de teleconsultas, generando empoderamiento del paciente y autogestión. Los pacientes con altos niveles de activación tienden a utilizar herramientas tecnológicas para gestionar su salud de manera proactiva, en consecuencia, pueden beneficiarse de la flexibilidad y accesibilidad que estas ofrecen (36).

Aun cuando la lengua materna no mostró asociación con la utilización de la teleconsulta, es importante detallar sobre sus implicancias en un país multilingüe como el Perú. En el presente trabajo, se observó que las personas cuya lengua materna es diferente al español utilizan las teleconsultas con menor frecuencia. Esto podría deberse a barreras lingüísticas y culturales que las llevan a cuidar su salud



de formas alternativas (66). Esta diferencia resalta las inequidades en el acceso a servicios de salud, incluyendo la teleconsulta. Una forma de reducir la brecha generada por la diferencia de lenguas es ampliar la atención de salud hacia inmigrantes, ya que usualmente, las personas que hablan lenguas no oficiales de los países donde residen son inmigrantes (67). Es esencial desarrollar servicios interculturales que estén disponibles en los idiomas nativos de los pacientes impartidos por alguien de su mismo entorno, y que la educación y práctica médica pueda realizarse con un intérprete o un personal de salud multilingüe (68–70). Además, es necesario abordar el acceso limitado a Internet entre las personas que no hablan español, lo cual puede agravar estas inequidades.

Se evidenció que la percepción de discriminación no está asociada con el uso y no uso de teleconsultas. Sin embargo, considerando el impacto que la discriminación puede tener en la experiencia del usuario y la calidad del sistema de salud, y dado su prevalencia de más del 10% tanto en usuarios como no usuarios de teleconsultas, se debería poner mayor énfasis en la búsqueda de los factores que influyen en la experiencia del usuario (dignidad, confidencialidad, entre otros). El objetivo debe ser brindar atenciones centradas en la persona y mejorar la calidad del sistema de salud, independientemente del tipo de consulta que se realice (32).

Hemos identificado algunas limitaciones en el estudio. La encuesta “La Voz de la Gente” no fue diseñada específicamente para evaluar la experiencia de las teleconsultas, lo que significa que su metodología, preguntas y métricas no estaban enfocadas en captar aspectos relevantes relacionados a cómo los pacientes y los profesionales de la salud perciben y experimentan las teleconsultas. Tampoco se

abordaron características específicas de las teleconsultas realizadas, tales como: tiempo de atención, expectativas de los pacientes y los profesionales de la salud, la resolución de problemas técnicos durante las consultas. Además, no se consideraron aspectos como la percepción de privacidad y seguridad de los datos por parte de los usuarios, la satisfacción con la resolución de problemas médicos a distancia, y el impacto de las teleconsultas en la continuidad del cuidado. Otro aspecto que no se exploró fueron las limitaciones tecnológicas específicas que pueden afectar el uso de teleconsultas, como la calidad de la conexión a Internet o la disponibilidad de dispositivos adecuados y la alfabetización digital de los usuarios. Por ejemplo, una conexión a Internet inestable o de baja velocidad puede interrumpir la comunicación y afectar la calidad de la consulta, generando frustración tanto en pacientes como en profesionales de la salud. La falta de dispositivos adecuados, como cámaras o micrófonos de calidad, también puede comprometer la efectividad de la teleconsulta.

Otras limitaciones del estudio se relacionan al hecho de ser una encuesta telefónica. Las encuestas telefónicas, en general tienen una baja tasa de participación usualmente cercana al 5%. En el caso de la Voz de la Gente, la tasa de participación calculada fue de 21%, bastante más alta que el promedio para estas encuestas. En la encuesta "*La Voz de la Gente*", también se trabajaron ponderaciones posteriores de la muestra a fin de reducir los sesgos en la probabilidad de selección de los individuos (71). La exclusión de las personas que viven en zonas rurales y no cuentan con teléfonos móviles podría subestimar nuestros resultados. En otras palabras, el efecto observado en la variable "Lugar de residencia" en la falta de teleconsultas en zonas rurales podría ser mayor de lo que nuestros datos indican.

Aquellas personas en áreas rurales o con menos recursos, que no fueron incluidas en el estudio, probablemente enfrentan mayores barreras para acceder a la telemedicina, lo que habría incrementado la magnitud del impacto detectado si hubieran sido considerados. Esta limitación se trató de reducir utilizando lugar de residencia como uno de los factores de ponderación. Finalmente como en todas las encuestas, podrían existir los sesgos de deseabilidad social, por los que los encuestados pueden dar respuestas que consideran que son socialmente aceptables, en lugar de proporcionar respuestas honestas o completas (31). Sin embargo, también esta encuesta, por su tamaño muestral, nos permite tener datos con un poder estadístico importante.

En futuras investigaciones, sería recomendable estudiar a nivel poblacional las barreras y facilitadores y otros aspectos de la estrategia de Teleconsultas, tanto desde la perspectiva de la población como de los proveedores, con el objetivo de promover un uso más equitativo y efectivo.

La telemedicina experimentó un notable avance durante la pandemia, impulsada por la necesidad de la atención médica a distancia. Es crucial aprovechar este impulso, consolidar los progresos alcanzados y seguir mejorando para estar mejor preparados ante futuras pandemias (72). Por lo que se recomienda proponer alternativas de políticas públicas enfocadas en el acceso equitativo de la población peruana a la atención de salud. Una de estas propuestas es la difusión del servicio de teleconsultas en los establecimientos de salud para la población en general, dando énfasis en poblaciones vulnerables como adultos mayores y personas con enfermedades crónicas. Es fundamental enseñarles cómo acceder al servicio, su modo de uso y los materiales necesarios, además de exponer los beneficios directos

e indirectos de las consultas remotas (60). Por ello, es importante implementar estrategias de difusión, educación y capacitación que lleguen a todos los grupos demográficos, con la finalidad de disminuir las inequidades en la atención de salud mediante teleconsultas.

Para asegurar que las comunidades con dificultades de acceso o que hablan una lengua distinta al español también se beneficien, se podría contar con la ayuda de los facilitadores de salud (66). Estos facilitadores podrían llegar a dichas comunidades, brindando la orientación necesaria para utilizar el servicio de teleconsultas. Después de la promoción y difusión del servicio, es crucial que la plataforma utilizada para gestionar las teleconsultas sea de fácil uso, sin requerir un alto nivel de educación tecnológica. Para evaluar y dar seguimiento al programa, se podría establecer un espacio de diálogo periódico entre los facilitadores de salud o líderes comunitarios y la dirección de la red de salud más cercana (59). Esto permitiría identificar y abordar las dificultades y posibles mejoras en la plataforma de teleconsultas. Finalmente, se plantearía establecer metas para aumentar el porcentaje de teleconsultas realizadas, con el objetivo de mejorar los indicadores de salud a largo plazo y así contribuir al bienestar general de la población (10). Y así seguir los pasos de otros países referentes de la región como Uruguay que se ha convertido en la sociedad digital más avanzada de Latinoamérica (73). Por último, recomendamos realizar estudios adicionales para caracterizar las preferencias de los pacientes en cuanto a teleconsultas versus consultas presenciales, y usar esta información para planificar estrategias de mejora en la salud de las personas y reducir las inequidades que puedan ser generadas por este servicio.

## VI. CONCLUSIONES

En conclusión, el trabajo presentado destaca la importancia de entender las características demográficas, socioeconómicas y los patrones de utilización del sistema de salud de los usuarios y no usuarios de teleconsultas en el Perú en base a la encuesta *“La Voz de la Gente”*.

Se encontró que las mujeres, las personas que identifican tener un lugar usual de atención de salud y las personas con seguro privado, EsSalud o de las FFAA o policiales; tuvieron una mayor probabilidad de uso de teleconsultas. En contraposición aquellos que autorreportaban un mal estado de salud y que viven en zonas rurales o en otras ciudades que no son Lima Metropolitana o el Callao tuvieron un menor acceso a teleconsultas. Si bien la encuesta no fue diseñada específicamente para evaluar teleconsultas en el país, estos hallazgos nos sugieren que pueden existir inequidades de acceso a los servicios de teleconsulta, especialmente para quienes más los necesitan. Es importante implementar estrategias que promuevan el acceso a las teleconsultas de manera equitativa en todo el sistema de salud peruano y evaluar y continuar con la investigación para entender cómo mejorar su efectividad tomando en cuenta la perspectiva del usuario y de los proveedores de salud.

## VII. REFERENCIAS

1. Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth [Internet]. World Health Organization; 2010 [citado 12 de julio de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44497>
2. Telemedicine I of M (US) C on ECA of, Field MJ. Evolution and Current Applications of Telemedicine. En: Telemedicine: A Guide to Assessing Telecommunications in Health Care [Internet]. National Academies Press (US); 1996 [citado 15 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45445/>
3. Combi C, Pozzani G, Pozzi G. Telemedicine for Developing Countries. *Appl Clin Inform.* 2 de noviembre de 2016;7(4):1025-50.
4. Weinstein RS, Krupinski EA, Doarn CR. Clinical Examination Component of Telemedicine, Telehealth, mHealth, and Connected Health Medical Practices. *Med Clin North Am.* mayo de 2018;102(3):533-44.
5. Burke BL, Hall RW, SECTION ON TELEHEALTH CARE. Telemedicine: Pediatric Applications. *Pediatrics.* julio de 2015;136(1):e293-308.
6. Weinstein RS, Lopez AM, Joseph BA, Erps KA, Holcomb M, Barker GP, et al. Telemedicine, Telehealth, and Mobile Health Applications That Work: Opportunities and Barriers. *Am J Med.* marzo de 2014;127(3):183-7.
7. Hincapié MA, Gallego JC, Gempeler A, Piñeros JA, Nasner D, Escobar MF. Implementation and Usefulness of Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *J Prim Care Community Health.* 10 de diciembre de 2020;11:2150132720980612.
8. Gareev I, Gallyametdinov A, Beylerli O, Valitov E, Alyshov A, Pavlov V, et al. The opportunities and challenges of telemedicine during COVID-19 pandemic. *Front Biosci Elite Ed.* 20 de diciembre de 2021;13(2):291-8.
9. Garfan S, Alamoodi AH, Zaidan BB, Al-Zobbi M, Hamid RA, Alwan JK, et al. Telehealth utilization during the Covid-19 pandemic: A systematic review. *Comput Biol Med.* 1 de noviembre de 2021;138:104878.
10. OECD [Internet]. [citado 1 de marzo de 2024]. The future of telemedicine after COVID-19. Disponible en: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/the-future-of-telemedicine-after-covid-19-d46e9a02/#figure-d1e181>
11. Prevención, diagnóstico y tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú [Internet]. [citado 4 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/473587-prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-personas-afectadas-por-covid-19-en-el-peru>
12. Alvarez-Risco A, Del-Aguila-Arcetales S, Yáñez JA. Telemedicine in Peru as a Result of the COVID-19 Pandemic: Perspective from a Country with Limited Internet Access. *Am J Trop Med Hyg.* 7 de julio de 2021;105(1):6-11.
13. Accorsi TAD, Amicis KD, Brígido ARD, Belfort D de SP, Habrum FC, Scarpanti FG, et al. Assessment of patients with acute respiratory symptoms during the COVID-19 pandemic by Telemedicine: clinical features and impact on referral. *Einstein.* 18:eAO6106.
14. Curioso WH, Galán-Rodas E, 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 Médica Peru.* julio de 2020;37(3):366-75.
15. Owolabi EO, Mac Quene T, Louw J, Davies JI, Chu KM. Telemedicine in Surgical Care in Low- and Middle-Income Countries: A Scoping Review. *World J Surg.* 1 de agosto de 2022;46(8):1855-69.
  16. Baatiema L, Sanuade OA, Allen LN, Abimbola S, Hategeka C, Koram KA, et al. Health system adaptations to improve care for people living with non-communicable diseases during COVID-19 in low-middle income countries: A scoping review. *J Glob Health.* 13:06006.
  17. Alva-Arroyo LL, Núñez Del Prado Murillo J, Ancaya-Martínez MDCE, Floréz-Ibarra JM. [Telehealth experiences in a specialized mental health hospital during the COVID-19 pandemic in Peru]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2021;38(4):653-9.
  18. Manual de registro y codificación HIS de atención en salud del servicio de telemedicina. Sistema de información HIS [Internet]. [citado 4 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3249218-manual-de-registro-y-codificacion-his-de-atencion-en-salud-del-servicio-de-telemedicina-sistema-de-informacion-his>
  19. Norma técnica de salud en telesalud. NTS N° 067-MINSA/DGSP-V.01 [Internet]. 2009 [citado 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321987-norma-tecnica-de-salud-en-telesalud-nts-n-067-minsa-dgsp-v-01>
  20. Resolución Ministerial N.° 537-2011-MINSA [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243406-537-2011-minsa>
  21. Ley N.° 30421 [Internet]. 2016 [citado 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/192482-30421>
  22. Decreto Supremo N.° 008-2017-SA [Internet]. [citado 26 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/190095-008-2017-sa>
  23. Bedoya Ramos D. Dr. Borda, Mapfre Doc y un polémico caso sobre consultas por videollamadas. *El Comercio* [Internet]. 11 de septiembre de 2019 [citado 2 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/dr-tomas-borda-mapfre-doc-polemico-caso-consultas-videollamadas-ecpm-noticia-674294-noticia/>
  24. Investigación (IETSI) SS de S (EsSalud) I de E de T en S e. Guía de práctica clínica para el manejo de COVID-19 (Adultos): revisión actualizada de la evidencia, versión 3. diciembre de 2021 [citado 5 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/2181>
  25. Quispe-Juli CU. Consideraciones éticas para la práctica de la telemedicina en el Perú: desafíos en los tiempos de COVID-19. *Rev Cuba Inf En Cienc Salud* [Internet]. junio de 2021 [citado 21 de junio de 2023];32(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2307-21132021000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2307-21132021000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  26. Zafra-Tanaka JH, Najarro L, Tenorio-Mucha J, Lazo-Porras M, Bartra D, Bazán G, et al. COVID-19's impact on type 1 diabetes management: A mixed-

- methods study exploring the Peruvian experience. *Int J Health Plann Manage.* diciembre de 2022;37 Suppl 1:129-43.
27. Toscano M, Marini TJ, Drennan K, Baran TM, Kan J, Garra B, et al. Testing teleradiologic obstetric ultrasound in Peru. *BMC Pregnancy Childbirth.* 26 de abril de 2021;21(1):328.
  28. Rodríguez J, Fletcher A, Heredia F, Fernández R, Ramírez Salazar H, Sanabria D, et al. Alternative management for gynecological cancer care during the COVID-2019 pandemic: A Latin American survey. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* septiembre de 2020;150(3):368-78.
  29. Paredes-Noguni SR, Castro-Uriol DA, Salas-Rojas RM, Soto-Becerra P, Beltrán-Gárate BE. [Teleconsultations in oncology: experience in a hospital in Peru during the pandemic]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2021;38(1):178-9.
  30. Fernández-Ávila DG, Barahona-Correa J, Romero-Alvernia D, Kowalski S, Sapag A, Cachafeiro-Vilar A, et al. Impact of COVID-19 pandemic on patients with rheumatic diseases in Latin America. *Rheumatol Int.* enero de 2022;42(1):41-9.
  31. Lewis TP, Kapoor NR, Aryal A, Bazua-Lobato R, Carai S, Clarke-Deelder E, et al. Measuring people's views on health system performance: Design and development of the People's Voice Survey. *PLOS Med.* 6 de octubre de 2023;20(10):e1004294.
  32. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health.* noviembre de 2018;6(11):e1196-252.
  33. Seuc AH, Domínguez E, Díaz Díaz O. Introducción a los DALYs. *Rev Cuba Hig Epidemiol.* agosto de 2000;38(2):92-101.
  34. Sánchez Díaz N. La carga de la enfermedad. *Rev Colomb Psiquiatr.* junio de 2005;34(2):298-304.
  35. Murray CJL, Lopez AD. Measuring the Global Burden of Disease. *N Engl J Med.* 1 de agosto de 2013;369(5):448-57.
  36. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers. *Health Serv Res.* agosto de 2004;39(4 Pt 1):1005-26.
  37. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Aff Proj Hope.* febrero de 2013;32(2):207-14.
  38. Kruk ME, Lewis TP. Introduction to The Lancet Global Health's Series on the People's Voice Survey on Health System Performance. *Lancet Glob Health.* 1 de enero de 2024;12(1):e14-5.
  39. Kruk ME, Kapoor NR, Lewis TP, Arsenault C, Boutsikari EC, Breda J, et al. Population confidence in the health system in 15 countries: results from the first round of the People's Voice Survey. *Lancet Glob Health.* 1 de enero de 2024;12(1):e100-11.
  40. Lewis TP, Kassa M, Kapoor NR, Arsenault C, Bazua-Lobato R, Dayalu R, et al. User-reported quality of care: findings from the first round of the People's Voice Survey in 14 countries. *Lancet Glob Health.* 1 de enero de 2024;12(1):e112-22.
  41. Senbekov M, Saliev T, Bukeyeva Z, Almabayeva A, Zhanaliyeva M, Aitenova



- N, et al. The Recent Progress and Applications of Digital Technologies in Healthcare: A Review. *Int J Telemed Appl.* 3 de diciembre de 2020;2020:8830200.
42. Naves LA, Rosa IN, Lima TA de S, Santana LB de, Castro LF de, Casulari LA. Implementation and Monitoring of a Telemedicine Model in Acromegalic Outpatients in a Low-Income Country During the COVID-19 Pandemic. *Telemed E-Health.* agosto de 2021;27(8):905-14.
  43. Soluciones digitales en salud [Internet]. [citado 30 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/241761-soluciones-digitales-en-salud>
  44. jamovi - open statistical software for the desktop and cloud [Internet]. [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.jamovi.org/>
  45. Rodríguez Cerna MM, Alvarez Carpio LDM, Aguirre Orellano KX. FACTORES ASOCIADOS A LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN UNA TELECONSULTA DOCENTE POR EL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR OFRECIDA POR UNA UNIVERSIDAD EN LIMA-PERÚ EN EL PERIODO DE MAYO 2021 – ENERO 2022.
  46. Perlman A, Zilberg AV, Bak P, Dreyfuss M, Leventer-Roberts M, Vurembrand Y, et al. Characteristics and Symptoms of App Users Seeking COVID-19–Related Digital Health Information and Remote Services: Retrospective Cohort Study. *J Med Internet Res.* 20 de octubre de 2020;22(10):e23197.
  47. Whaley CM, Pera MF, Cantor J, Chang J, Velasco J, Hagg HK, et al. Changes in Health Services Use Among Commercially Insured US Populations During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open.* 5 de noviembre de 2020;3(11):e2024984.
  48. Ledesma Solaeche FM, Coppolillo FE, Trillo F, Dingiana A, Heffner LA. Telemedicina en seguros de salud durante la pandemia de la COVID-19. *Aten Primaria Práctica* [Internet]. 1 de julio de 2022 [citado 15 de mayo de 2024];4(3). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-practica-24-articulo-telemedicina-seguros-salud-durante-pandemia-S2605073022000219>
  49. Marcelo Bianchi P. Estrategias de prevención en la salud de la mujer. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 1 de septiembre de 2010;21(5):817-30.
  50. Jenkins K. Practically professionals? Grassroots women as local experts – A Peruvian case study. *Polit Geogr.* 1 de febrero de 2008;27(2):139-59.
  51. Porth JM, Wagner AL, Moyer CA, Mutua MK, Boulton ML. Women’s Empowerment and Child Vaccination in Kenya: The Modifying Role of Wealth. *Am J Prev Med.* 1 de enero de 2021;60(1):S87-97.
  52. Lee DC, Shi L, Wang J, Sun G. Usual source of care and access to care in the US: 2005 vs. 2015. *PLOS ONE.* 13 de enero de 2023;18(1):e0278015.
  53. Croke K, Moshabela M, Kapoor NR, Doubova SV, Garcia-Elorrio E, HaileMariam D, et al. Primary health care in practice: usual source of care and health system performance across 14 countries. *Lancet Glob Health.* 1 de enero de 2024;12(1):e134-44.
  54. Camacho-Leon G, Faytong-Haro M, Carrera K, Molero M, Melean F, Reyes Y, et al. A Narrative Review of Telemedicine in Latin America during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare.* 22 de julio de 2022;10(8):1361.
  55. García AA, Cáceres RB, Vigo JB. COVID 19 Y ADULTOS MAYORES.

56. Lopez-Huamanrayme E, Salsavilca-Macavilca E, Taype-Rondan A, Lopez-Huamanrayme E, Salsavilca-Macavilca E, Taype-Rondan A. Impacto de la pandemia por COVID-19 en la consulta ambulatoria endocrinológica y teleconsulta en un hospital Peruano. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo*. julio de 2022;15(3):349-55.
57. Chen EM, Andoh JE, Nwanyanwu K. Socioeconomic and Demographic Disparities in the Use of Telemedicine for Ophthalmic Care during the COVID-19 Pandemic. *Ophthalmology*. enero de 2022;129(1):15-25.
58. Zajacova A, Lawrence EM. The Relationship Between Education and Health: Reducing Disparities Through a Contextual Approach. *Annu Rev Public Health*. 1 de abril de 2018;39(Volume 39, 2018):273-89.
59. Alderwick H, Hutchings A, Briggs A, Mays N. The impacts of collaboration between local health care and non-health care organizations and factors shaping how they work: a systematic review of reviews. *BMC Public Health*. 19 de abril de 2021;21(1):753.
60. mHealthIntelligence. mHealthIntelligence. 2024 [citado 17 de junio de 2024]. Overcoming the Digital Divide Through Community-Based Telehealth. Disponible en: <https://mhealthintelligence.com/features/overcoming-the-digital-divide-through-community-based-telehealth>
61. Alliance for Affordable Internet [Internet]. [citado 17 de junio de 2024]. 2021 Affordability Report. Disponible en: <https://a4ai.org/report/2021-affordability-report/>
62. Solans O, Vidal-Alaball J, Cabo PR, Mora N, Coma E, Simó JMB, et al. Characteristics of Citizens and Their Use of Teleconsultations in Primary Care in the Catalan Public Health System Before and During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Descriptive Cross-sectional Study. *J Med Internet Res*. 27 de mayo de 2021;23(5):e28629.
63. Tiwari BB, Kulkarni A, Zhang H, Khan MM, Zhang DS. Utilization of telehealth services in low- and middle-income countries amid the COVID-19 pandemic: a narrative summary. *Glob Health Action*. 16(1):2179163.
64. Gozzer Infante E. Una visión panorámica de las experiencias de Telesalud en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. abril de 2015;32(2):385-90.
65. Walker RC, Tong A, Howard K, Palmer SC. Patient expectations and experiences of remote monitoring for chronic diseases: Systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Int J Med Inf*. abril de 2019;124:78-85.
66. Jiang W, Magit AE, Carvalho D. Equal Access to Telemedicine during COVID-19 Pandemic: A Pediatric Otolaryngology Perspective. *The Laryngoscope*. 2021;131(5):1175-9.
67. Interrante JD, Pando C, Fritz AH, Kozhimannil KB. Perinatal care among Hispanic birthing people: Differences by primary language and state policy environment. *Health Serv Res*. 16 de junio de 2024;
68. Ministerio de Salud fomenta la interculturalidad en salud [Internet]. [citado 15 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/31704-ministerio-de-salud-fomenta-la-interculturalidad-en-salud>
69. Maya AP, Sánchez MC. De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: un enfoque reflexivo. *Rev Univ Ind Santander Salud*. diciembre de

- 2018;50(4):366-84.
70. Shin TM, Ortega P, Hardin K. Educating Clinicians to Improve Telemedicine Access for Patients with Limited English Proficiency. *Challenges*. diciembre de 2021;12(2):34.
  71. QuEST LAC. Reporte de datos de la encuesta La Voz de la Gente. Encuesta de Calidad de los Servicios de Salud. Perú. 2023.
  72. Herrera CA, Juárez-Ramírez C, Reyes-Morales H, Bedregal P, Reartes-Peñafield DL, Díaz-Portillo SP, et al. COVID-19 Disruption To Routine Health Care Services: How 8 Latin American And Caribbean Countries Responded. *Health Aff Proj Hope*. diciembre de 2023;42(12):1667-74.
  73. Rodríguez Mendaro ML. The Uruguayan Digital Data Journey. *Patterns*. 12 de junio de 2020;1(3):100047.

## VIII. TABLAS Y GRÁFICOS

**Tabla 1:** Descripción de características generales de la población

Variable	Teleconsulta		RP (IC95%)	p
	Sí N=367 n(%)	No N=888 n(%)		
<b>Edad</b>				<0.001
18-29	93 (25.3)	282 (31.8)	Referencia	
30-39	90 (24.5)	255 (28.7)	1.052 (0.787-1.406)	
40-49	61 (16.6)	185 (20.8)	1.000 (0.721-1.377)	
50-59	65 (17.7)	105 (11.8)	1.542 (1.119-2.112)	
60-69	42 (11.4)	42 (4.7)	2.016 (1.387-2.881)	
70 a más	16 (4.4)	19 (2.1)	1.843 (1.045-3.041)	
<b>Sexo</b>				0.024
Hombre	154 (42.0)	445 (50.3)	Referencia	
Mujer	213 (58.0)	440 (49.7)	1.269 (1.032-1.563)	
<b>Lengua Materna</b>				0.785
Español	332 (90.5)	798 (89.9)	Referencia	
Otros	35 (9.5)	90 (10.1)	0.953 (0.661-1.330)	
<b>Nivel Educativo</b>				<0.001
Ninguna y primaria	30 (8.2)	152 (17.1)	Referencia	
Secundaria	145 (39.5)	405 (45.7)	1.599 (1.096-2.414)	
Superior	192 (52.3)	330 (37.2)	2.231 (1.544-3.343)	
<b>Nivel de ingreso</b>				<0.001
Bajo	114 (31.7)	405 (46.1)	Referencia	
Medio	124 (34.4)	304 (34.5)	1.319 (1.023-1.702)	
Alto	122 (33.9)	171 (19.4)	1.896 (1.469-2.449)	
<b>Lugar usual de atención</b>				<0.001
No	55 (15.0)	221 (24.9)	Referencia	
Sí	311 (85.0)	667 (75.1)	1.596 (1.209-2.147)	
<b>Residencia</b>				<0.001
Lima Metropolitana y Callao	196 (53.4)	330 (37.2)	Referencia	
Otras ciudades	113 (30.8)	328 (36.9)	0.668 (0.544-0.865)	
Rural	58 (15.8)	230 (25.9)	0.540 (0.400- 0.719)	
<b>Subsistema de salud según tipo de seguro</b>				<0.001
SIS	102 (27.9)	440 (49.7)	Referencia	
EsSalud y FFAA y Policiales	189 (51.6)	235 (26.5)	2.369 (1.867-3.023)	
Privado	40 (10.9)	50 (5.6)	2.362 (1.621-3.375)	
No tiene seguro	35 (9.6)	161 (18.2)	0.949 (0.638-1.378)	
<b>Percepción de discriminación</b>				0.232
No	300 (81.7)	650 (85.2)	Referencia	
Sí	67 (18.3)	113 (14.8)	1.179 (0.897-1.525)	
<b>Expectativa</b>				0.019
Baja	46 (12.6)	167 (18.8)	Referencia	
Alta	320 (87.4)	719 (81.2)	1.426 (1.059-1.967)	
<b>Activación</b>				0.525
Alta	136 (37.4)	311 (35.1)	Referencia	
Baja	228 (62.6)	575 (64.9)	0.933 (0.756-1.156)	
<b>Estado de salud autorreportado</b>				<0.001
Bueno	38 (10.4)	42 (4.7)	Referencia	
Malo	329 (89.6)	845 (95.3)	0.590 (0.428-0.839)	

RP: Razón de prevalencia cruda

**Tabla 2:** Análisis multivariado de variables asociadas al uso de teleconsulta

<b>Variables</b>	<b>Razón de prevalencia (IC95%)</b>	<b>p</b>
Sexo femenino	1.292 (1.044 - 1.602)	0.019
Tiene lugar usual de atención	1.361 (1.021 - 1.846)	0.041
Lugar de residencia		0.035
Lima Metropolitana y Callao	Referencia	
Otras ciudades	0.724 (0.569 - 0.918)	0.008
Rural	0.709 (0.519 - 0.955)	0.027
Subsistema de salud		< 0.001
SIS	Referencia	
EsSalud y FFAA y Policiales	2.274 (1.779 - 2.923)	< 0.001
Privado	2.072 (1.381 - 3.045)	<0 .001
Sin seguro	1.032 (0.690 - 1.508)	0.874
Mal estado de salud autorreportado	0.625 (0.449 - 0.896)	0.007

## ANEXOS

### Anexo 1:

En la siguiente tabla presentada se detallan las definiciones operacionales para el registro de los servicios de telemedicina brindados por el MINSA.

Servicios	Definición
Telemedicina	Provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, prestados por personal de la salud que utiliza las TIC, con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de salud a la población.
Teleapoyo al diagnóstico	Es el servicio de apoyo al diagnóstico a distancia mediante el uso de las TIC, en el proceso de atención al paciente, incluye diagnóstico por imágenes, patología clínica, anatomía patológica, entre otros.
Telemonitoreo	Es la monitorización o seguimiento a distancia de la persona usuaria, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en las que se transmite la información clínica de la persona usuaria, y si el caso lo amerita según criterio médico los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares, como medio de control de su situación de salud. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos de acuerdo al criterio médico y según las competencias de otros profesionales de la salud.
Teleorientación	Es el conjunto de acciones que desarrolla un profesional de la salud mediante el uso de las TIC, para proporcionar a la persona usuaria de salud, consejería y asesoría con fines de promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades.
Teleinterconsulta	Es la consulta a distancia mediante el uso de las TIC, que realiza un personal de salud a un profesional de la salud para la atención de una persona usuaria, pudiendo ésta estar o no presente; con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.
Telerehabilitación	Provisión de servicios de salud a distancia en el componente de rehabilitación, prestada por personal de salud mediante el uso de las TIC, con el propósito de facilitar el acceso al servicio de rehabilitación a la población
Teleterapia	Procedimiento terapéutico donde el paciente realiza las terapias indicadas en el plan de rehabilitación prescritas por el médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación o médico general capacitado y guiadas por un profesional de la salud competente en

	forma remota mediante las Tecnologías de la Información y de la Comunicación-TIC
Telecertificación	Acto médico por el cual el médico debidamente capacitado y acreditado realiza la certificación de la condición de salud y la discapacidad de acuerdo a la normativa vigente en la materia, haciendo uso de las TIC y cuyo acto se encuentra debidamente fundamentado y registrado en la Historia Clínica o Historia Clínica Electrónica.

*Tabla 1. Cartera de servicios de Telemedicina brindada por el MINSA (18)*

## Anexo 2: Marco Conceptual del Sistema de Salud de Alta Calidad

### Marco Conceptual del Sistema de Salud de Alta Calidad



Fig 1. Adaptación del marco conceptual de la Calidad en los Sistemas de Salud propuesto por la Comisión HQSS.



### Anexo 3: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las variables presentadas son una composición de diferentes preguntas de la encuesta “ La Voz de la Gente”, las cuales se describen a continuación

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	RELACIÓN CON PREGUNTA	FORMA DE REGISTRO	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>VARIABLES DEPENDIENTES</b>				
Utilización de teleconsultas	Uso del sistema de salud de manera remota.	<b>Pregunta 28B: ¿Cuántas teleconsultas o consultas virtuales ha tenido en los últimos 12 meses?</b> 1. [ESCRIBIR EN NÚMERO] 2. No sabe [NO LEER] 3. No responde [NO LEER]	Sí	NOMINAL
			No	
<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>				
Edad	Tiempo vivido por una persona expresado en años.	<b>Pregunta 1: Voy a comenzar a hacerle preguntas sobre usted y sobre su salud. ¿Puede decirme su edad?</b> [ESCRIBIR EN NÚMEROS] 996. No responde [NO LEER]	18 - 29	INTERVALO
			30 - 39	
			40 - 49	
			50 - 59	
			60 - 69	
			70 a más	
Lengua materna		<b>Pregunta 2: ¿Puede decirme si tiene entre...</b> 1. Menos de 18 [TERMINAR] 2. 18 a 29 3. 30 - 39 4. 40 - 49 5. 50 - 59 6. 60 - 69 7. 70 - 79 8. 80 años o más 9. No responde [NO LEER]	Español	NOMINAL

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	RELACIÓN CON PREGUNTA	FORMA DE REGISTRO	ESCALA DE MEDICIÓN
	Primera lengua que aprende un ser humano en su infancia.	<b>Pregunta 62: ¿Cuál es el idioma o lengua materna con el que aprendió a hablar en su niñez?</b> 1. Quechua 2. Aimara 3. Ashaninka 4. Awajún/Aguaruna 5. Shipibo/Konibo 6. Shawi/Chayahuita 7. Matsigenka/ Machiguenga 8. Achua 9. Otra lengua nativa u originaria 10. Español-castellano 11. Portugués 12. Otra lengua extranjera 13. No responde [NO LEER]	Otros	
Nivel educativo	Nivel de educación más alto que una persona ha terminado.	<b>Pregunta 8: ¿Cuál es el último nivel educativo que completó?</b> 1. Ninguno 2. Inicial 3. Primaria 4. Secundaria 5. Superior no universitaria 6. Superior universitaria 7. Postgrado 8. No responde [NO LEER]	Ninguno y primaria	ORDINAL
			Secundaria	
			Superior	
Nivel de ingreso		<b>Pregunta 63: ¿En cuál de estas categorías encaja el ingreso familiar de su hogar en el mes anterior?</b>	Bajo: 0 - 1000	ORDINAL
			Medio: 1000 - 2500	

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	RELACIÓN CON PREGUNTA	FORMA DE REGISTRO	ESCALA DE MEDICIÓN
	Situación de una persona según los ingresos que tiene.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menos de S/. 1 000</li> <li>2. S/. 1000 - 2 500</li> <li>3. S/. 2500 - 3 500</li> <li>4. S/. 3 500 - 5 500</li> <li>5. S/. 5 500 - 7 500</li> <li>6. S/. 7 500 - 10 000</li> <li>7. Más de S/. 10 000</li> <li>8. Sin ingresos</li> <li>9. No responde [NO LEER]</li> </ol>	Alto: + 2500	
Sexo	Condición orgánica.	<b>Pregunta 3A: ¿Sexo, hombre o mujer?</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hombre</li> <li>2. Mujer</li> <li>3. No responde [NO LEER]</li> </ol>	Hombre	NOMINAL
			Mujer	
Lugar usual de atención	Presencia de lugar habitual de atención.	<b>Pregunta 18: ¿Hay algún consultorio, clínica o establecimiento de salud al que acude la mayoría de las veces que necesita atención? Por favor no incluya farmacias, curanderos o medicina alternativa.</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sí</li> <li>2. No</li> <li>3. No responde [NO LEER]</li> </ol>	Sí	NOMINAL
			No	
Residencia	Lugar geográfico donde la persona reside y desarrolla sus actividades habituales.	<b>Pregunta 4: ¿Cuál de estas opciones describe el lugar donde vive?</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciudad</li> <li>2. Pueblo</li> <li>3. Campo</li> <li>4. No responde [NO LEER]</li> </ol>	Lima Metropolitana y Callao	NOMINAL
			Otras ciudades	
			Rural	

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	RELACIÓN CON PREGUNTA	FORMA DE REGISTRO	ESCALA DE MEDICIÓN
		<p><b>Pregunta 5: ¿En qué departamento vive?</b></p> <p><i>Amazonas</i>  <i>Áncash</i>  <i>Apurímac</i>  <i>Arequipa</i>  <i>Ayacucho</i>  <i>Cajamarca</i>  <i>Callao</i>  <i>Cusco</i>  <i>Huancavelica</i>  <i>Huánuco</i>  <i>Ica</i>  <i>Junín</i>  <i>La Libertad</i>  <i>Lambayeque</i>  <i>Lima</i>  <i>Loreto</i>  <i>Madre de Dios</i>  <i>Moquegua</i>  <i>Pasco</i>  <i>Piura</i>  <i>Puno</i>  <i>San Martín</i>  <i>Tacna</i>  <i>Tumbes</i>  <i>Ucayali</i>  <i>No responde [NO LEER]</i></p>		
		<p><b>Pregunta 7: ¿Qué tipo de seguro tiene?</b></p>	SIS	NOMINAL

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	RELACIÓN CON PREGUNTA	FORMA DE REGISTRO	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Subsistema de salud según su tipo de seguro</b>	Conjunto de condiciones de salud asegurados.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SIS</li> <li>2. EsSalud</li> <li>3. Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales</li> <li>4. Privado</li> <li>5. No tiene seguro</li> <li>6. No responde [NO LEER]</li> </ol>	Seguro Social: EsSalud y Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales	
			Privado	
			No tiene seguro	
<b>Percepción de discriminación</b>	Sensación interior de un trato de inferioridad a una persona o colectividad por distintos motivos.	<p><b>Pregunta 40: Pensando en los últimos 12 meses, ¿podría decirme si le sucedió algo de lo que le voy a mencionar?</b></p> <p><i>¿Fue tratado/a injustamente o discriminado/a por un médico, enfermero u otro personal de salud?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sí</li> <li>2. No</li> <li>3. No se atendió en los últimos 12 meses. [NO LEER]</li> <li>4. No responde [NO LEER]</li> </ol>	Sí	NOMINAL
			No	
<b>Expectativa de calidad</b>	Opinión sobre el conjunto de propiedades del	<b>Ahora le leeré una situación para comprender cómo evalúa la calidad de la atención médica:</b>	Alta	ORDINAL

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	RELACIÓN CON PREGUNTA	FORMA DE REGISTRO	ESCALA DE MEDICIÓN
	servicio de salud recibido.	<p><i>Juan ha estado sintiendo cada vez más dolor abdominal en los últimos tres días y decide ir a una clínica.</i></p> <p><b>Pregunta 60:</b> <i>Ahí, el médico no le pregunta sobre los síntomas ni lo revisa; le da medicación para el dolor y no le dice el diagnóstico. ¿Cómo calificaría la calidad de la atención que le dio este médico?</i>  <i>Por favor tome en cuenta toda la situación y evalúe sinceramente.</i></p> <p>1. Excelente  2. Muy buena  3. Buena  4. Ni buena ni mala  5. Mala  6. No responde [NO LEER]</p> <p><b>Pregunta 61:</b> <i>Ahora Juan va a otra clínica. En esta clínica el médico lo revisa y le pide análisis de sangre. Le dice que no es nada grave, le recomienda seguir una dieta liviana y le pide que vuelva si empeora. ¿Cómo calificaría la atención que le dio este médico?</i></p> <p>1. Excelente  2. Muy buena  3. Buena  4. Ni buena ni mala  5. Mala  6. No responde [NO LEER]</p>	Baja	

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	RELACIÓN CON PREGUNTA	FORMA DE REGISTRO	ESCALA DE MEDICIÓN
Activación del paciente	Confianza que tiene la persona en su capacidad de cuidar de su propia salud.	<p><b>Pregunta 16: ¿Cuán seguro/a está de que usted es la principal persona responsable de cuidar su salud?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Muy Seguro/a</li> <li>2. Algo seguro/a</li> <li>3. No muy seguro/a</li> <li>4. Nada seguro/a</li> <li>5. No responde [NO LEER]</li> </ol> <p><b>Pregunta 17: ¿Cuán seguro/a está de que puede contarle a un personal de salud sobre sus dudas de salud, aunque no se lo pregunte?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Muy Seguro/a</li> <li>2. Algo seguro/a</li> <li>3. No muy seguro/a</li> <li>4. Nada seguro/a</li> <li>5. No responde [NO LEER]</li> </ol>	Alta	ORDINAL
			Baja	
Estado de salud autorreportado	Bienestar físico y mental del paciente según lo que considera de él mismo.	<p><b>Pregunta 9: En general, diría que su salud es:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Excelente</li> <li>2. Muy buena</li> <li>3. Buena</li> <li>4. Ni buena ni mala</li> </ol>	Bueno	NOMINAL

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	RELACIÓN CON PREGUNTA	FORMA DE REGISTRO	ESCALA DE MEDICIÓN
		<p>5. Mala 6. No responde [NO LEER]</p> <p><b>Pregunta 10:</b> <i>En general, diría que su salud mental, incluyendo su estado de ánimo es:</i></p> <p>1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Ni buena ni mala 5. Mala 6. No responde [NO LEER]</p> <p><b>Pregunta 11:</b> <i>¿Tiene alguna enfermedad crónica o problema de salud crónico?</i></p> <p>1. Sí 2. No 3. No responde [NO LEER]</p>	Malo	



**Anexo 4:** Características generales de los encuestados en La Voz de la Gente Perú  
(N= 1255)

<b>Variable</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Teleconsulta</b>		
Sí	367	29.2
No	888	70.8
<b>Edad</b>		
18-29	375	29.9
30-39	345	27.5
40-49	246	19.6
50-59	170	13.5
60-69	84	6.7
70 a más	35	2.8
<b>Sexo</b>		
Hombre	599	47.8
Mujer	653	52.2
<b>Lengua Materna</b>		
Español	1130	90.0
Otros	125	10.0
<b>Nivel Educativo</b>		
Ninguna y primaria	182	14.5
Secundaria	550	43.9
Superior	522	41.6
<b>Nivel de ingreso</b>		
Bajo	519	41.9
Medio	428	34.5
Alto	293	23.6
<b>Lugar usual de atención</b>		
No	276	22.0
Sí	978	78.0
<b>Residencia</b>		
Lima y Callao	526	41.9
Otras ciudades	441	35.1
Rural	288	23.0
<b>Subsistema de salud según tipo de seguro</b>		
SIS	542	43.3
EsSalud* y FFAA y Policiales**	424	33.9
Privado	90	7.2
No tiene seguro	196	15.6
<b>Percepción de discriminación</b>		
No	950	84.1
Sí	180	15.9
<b>Expectativa</b>		
Baja	213	17.0
Alta	1039	83.0
<b>Activación</b>		
Alta	447	35.8
Baja	803	64.2
<b>Estado de salud autorreportado</b>		
Bueno	80	6.4
Malo	1174	93.6

\* Número de encuestados que utiliza Seguro Social - EsSalud: 406 (32.4%)

\*\* Número de encuestados que utiliza Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales: 18 (1.4%)

## Anexo 5: Aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

### CONSTANCIA-CIEI-180-18-24

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo la categoría de revisión **EXENTO**. La aprobación será informada en la sesión más próxima del comité.

Título del Proyecto : "Comparación del perfil de los usuarios y no usuarios de teleconsultas en el Perú según la encuesta "La Voz de la Gente""  
Código SIDISI : 213842  
Investigador(a) principal(es) : Atahualpa Cabanillas Indira Valeria  
Casas Pinedo Valeria

La **aprobación** incluyó los documentos finales descritos a continuación:

#### 1. Protocolo de investigación, versión 1.1 de fecha 22 de abril del 2024.

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. La categoría de **EXENTO** es otorgado al proyecto por un periodo de cinco años en tanto la categoría se mantenga y no existan cambios o desviaciones al protocolo original. El investigador está exonerado de presentar un reporte del progreso del estudio por el periodo arriba descrito y sólo alcanzará un informe final al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **Martes 24 de abril del 2029**.

*El presente proyecto de investigación sólo podrá iniciarse después de haber obtenido la(s) autorización(es) de la(s) institución(es) donde se ejecutará.*

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 24 de abril del 2024



Manuel Raul Perez Martinot  
Presidente  
Comité Institucional de Ética en Investigación  
Universidad Peruana Cayetano Heredia