



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE
LOS SERVICIOS DE SALUD**

**Estrategias de atención en telemedicina para prevención de
mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos en Expertta Salud,
2021**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTOR:

Morales Gonzáles, Rosa Andrea del Pilar (ORCID: 0000-0002-1489-5955)

ASESORA:

Dra. Díaz Mujica, Juana Yris (ORCID: 0000-0001-8268-4626)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

Lima – Perú

2022

Dedicatoria

A mi esposo Aníbal por su apoyo incondicional y su amor.

A mis padres Ana y Mario por ser mis maestros de vida.

Agradecimiento

Por ser mi estímulo para superarme día con día y siempre dar lo mejor de mí, sin importar lo difícil del camino.

Gracias mamá.

Índice de contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II.MARCO TEÓRICO	5
III. MÉTODOLÓGÍA	14
3.1. Tipo y diseño de investigación	14
3.2. Variables y operacionalización	15
3.3. Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis	16
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	17
3.5. Procedimientos	17
3.6. Método de análisis de datos	18
3.7. Aspectos éticos	18
IV. RESULTADOS	19
V.DISCUSIÓN	27
VI.CONCLUSIONES	33
VII.RECOMENDACIONES	34
ANEXOS	
Anexo 1: Matriz de operacionalización de variables	
Anexo 2: Autorización	
Anexo 3: Acuerdo de confidencialidad	
Anexo 4: Evidencia de trabajo estadístico	

Índice de tablas

Tabla 1 Características de la muestra (n=50)	19
Tabla 2 Análisis descriptivo de las variables	19
Tabla 3 Tabla cruzada entre las estrategias de atención en telemedicina y la prevención de mortalidad	20
Tabla 4 Tabla cruzada entre la estratificación de riesgo y la prevención de mortalidad	20
Tabla 5 Tabla cruzada entre las pruebas de evaluación y la prevención de mortalidad	21
Tabla 6 Tabla cruzada entre la atención médica en telemedicina y la prevención de mortalidad	21
Tabla 7. Tabla cruzada entre el monitoreo y seguimiento en telemedicina y la prevención de mortalidad	22
Tabla 8. Análisis de asociación entre las estrategias de atención en telemedicina y la prevención de mortalidad	23
Tabla 9. Análisis de asociación entre la estratificación de riesgo y la prevención de mortalidad	23
Tabla 10. Análisis de asociación entre las pruebas de evaluación y la prevención de mortalidad	24
Tabla 11. Análisis de asociación entre la atención médica en telemedicina y la prevención de mortalidad	25
Tabla 12. Análisis de asociación entre el monitoreo y seguimiento en telemedicina y la prevención de mortalidad	25
Tabla 19 Operacionalización de variables	51

Índice de figuras

Figura 1. Esquema del diseño correlacional-causal	14
Figura 2. Fórmula de muestreo para poblaciones infinitas	17

Resumen

La presente investigación se tituló Estrategias de atención en telemedicina para prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos en Expertta Salud, 2021. El objetivo de estudio fue determinar la incidencia entre las estrategias de atención en telemedicina y la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, 2021. Para llevarla a cabo se realizó una metodología básica, bajo un diseño no experimental – descriptivo y un nivel correlacional-causal, además la muestra fue conformada por 180 registros de atención a usuarios de la empresa Expertta, los cuales fueron analizados mediante una ficha de registro.

Los resultados demostraron que la mayor parte de la muestra un 36% (64) tenían una edad entre los 51 a 60 años y respecto al género el porcentaje más alto fue femenino en un 54% (98); así mismo, se demostró que cuando las estrategias de atención en telemedicina presentan un nivel regular la prevención de mortalidad presenta un nivel medio en un 42,8%. El análisis inferencial con Chi cuadrado para la prueba de hipótesis fue de 0,000, se concluye que las estrategias de atención en telemedicina inciden sobre la prevención de mortalidad, dado que, el valor de significancia fue menor a 0,05; esto permite demostrar que mientras mejores sean las estrategias de atención en telemedicina mejor será la prevención de mortalidad.

Palabras clave: estrategias de atención, telemedicina, prevención de mortalidad, COVID-19

Abstract

This research was titled Telemedicine care strategies for the prevention of mortality in COVID-19 patients, treated at Expertta Salud, 2021. The objective of the study was to determine the incidence between telemedicine care strategies and the prevention of mortality in COVID patients. -19, 2021. To carry it out, a basic methodology was carried out, under a non-experimental-descriptive design and a correlational-causal level, in addition the sample was made up of 180 records of attention to users of the Expertta company, which were analyzed by means of a registration form.

The results showed that most of the sample 36% (64) had an age between 51 and 60 years and with respect to gender, the highest percentage was female in 54% (98); Likewise, it was shown that when the telemedicine care strategies present a regular level, mortality prevention presents an average level of 42.8%. The inferential analysis with Chi square for the hypothesis test was 0.000, it is concluded that the care strategies in telemedicine affect the prevention of mortality, since the significance value was less than 0.05; This allows us to demonstrate that the better the telemedicine care strategies, the better the mortality prevention will be.

Keywords: care strategies, telemedicine, mortality prevention, COVID-19

I. INTRODUCCIÓN

Con la aparición de la enfermedad por coronavirus 19 (COVID-19) se instaura una emergencia de salud pública que tuvo repercusiones en todo el mundo y la telesalud se convierte en una opción eficaz para evitar la transmisión de COVID-19, dado que, esta solución tiene el potencial de prevenir cualquier tipo de contacto físico directo, brindar atención continua a la comunidad y finalmente reducir la morbilidad y mortalidad en el brote de COVID-19 (Monaghesh y Hajizadeh, 2020). Sin embargo, se han presentado situaciones problemáticas con este medio de atención médica, por ejemplo, en Estados Unidos se tuvo un registro del 30% de la atención brindada, donde el seguimiento dado era de una sola vez por semana y como refiere Demeke et al. (2020) esto resultaba insuficiente, puesto que, los pacientes no seguían las indicaciones dadas por el médico tratante y, además, estos tenían desconfianza de la información brindada por el personal de salud.

Así mismo, algunos médicos manifestaron que los pacientes presentaban renuencia durante la atención, es decir, no comunicaban todos los síntomas presentes, cuando se les solicitaba tomar la temperatura se negaban, lo cual no permitía que el diagnóstico fuese efectivo, además, la falta de habilidades técnicas de los usuarios era un impedimento al momento de conectarse en la consulta virtual dificultando ello todo el proceso de atención (Khoshrounejad et al, 2021). Esta situación genera que el nivel de prevención de morbilidad no sea del todo efectivo, dado que, se presentan barreras cognitivas y actitudinales que afectan las estrategias dadas por los centros de salud.

Por otra parte, en el Perú el primer caso reportado fue el 6 de marzo de 2020, para el día 16 se anuncia cuarentena total y el día 30 de marzo se implementan los servicios de telemonitorización y teleconsulta, así mismo, para el 10 de mayo de 2020 se habilita la prescripción de medicamentos digitales y la transferencia de datos personales e historial médicos entre instituciones de atención de salud al igual que entre compañías de farmacia y seguro; marcando un hito muy importante para la correcta transición de lo convencional a lo digital.

Sin embargo, al Perú verse obligado a implementar de manera rápida un sistema de telemedicina sin contar con un sistema de internet adecuado y con

alcance a nivel nacional surgieron diferentes inconvenientes y como refieren Álvarez et al. (2021) en primer lugar la comunicación no resultaba efectiva, se evidenciaba mucha desconfianza entre lo comunicado por el médico y los mitos sobre la COVID-19, donde los pacientes preferían automedicarse antes de seguir el tratamiento dado, además, la monitorización de los pacientes no era regular y usualmente se cambiaba de personal para que este hiciera la valoración del estado de salud, generando con ello renuencia en los pacientes a seguir las instrucciones dadas.

A nivel local en la empresa Expertta Salud, la cual se encarga de ofrecer un servicio de cuidado integral, seguimiento, monitoreo y gestión de salud a través de la modalidad de telemedicina soportada por un vasto conocimiento clínico con 15 años de experiencia en el mercado, se ha podido observar un escenario similar al mencionado en párrafos anteriores; puesto que, a través de la revisión de los registros de atención se ha podido observar que es posible que las estrategias de atención dadas a las personas con COVID-19 no estén resultando del todo efectivas, dado que, al momento de identificar el grado de riesgo del paciente, éste algunas veces es erróneo porque los mismos prefieren omitir signos importantes de su estado de salud, lo cual genera que la evaluación y atención no sean del todo favorable, teniendo que volver a ejecutar el proceso inicial para poder identificar el grado del riesgo.

Por otra parte, se ha podido observar que no todos los pacientes se rigen al tratamiento y al momento de hacer el seguimiento estos refieren que se han olvidado tomar su medicamento en la hora acordada y cuando tienen otra enfermedad asociada como diabetes, cáncer o VIH estos prefieren omitir alguno de los tratamientos aun y cuando esto resulta contraproducente para su salud y aumenta aún más su riesgo de mortalidad. Así mismo, se ha documentado que los pacientes no suelen mantener la dieta alimenticia, esto puede estar siendo ocasionado porque no se da un seguimiento constante a los pacientes, dada la vasta data de pacientes a atender diariamente generando así que el monitoreo no se efectuó de forma eficiente.

Es por eso que en este estudio planteo como problema general ¿Las estrategias de atención en telemedicina inciden en la prevención de mortalidad de

pacientes COVID-19, atendidos en Expertta Salud, 2021? Como problemas específicos ¿De qué manera la estratificación de riesgo en telemedicina incide en la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos en Expertta Salud, 2021? ¿Cuál es la incidencia entre las pruebas de evaluación en telemedicina y la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos en Expertta Salud, 2021? ¿De qué manera la atención médica en telemedicina incide en la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos en Expertta Salud, 2021? ¿Cuál es la incidencia entre el monitoreo y seguimiento en telemedicina y la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos en Expertta Salud, 2021?

Referente a la justificación, la investigación se justificó a nivel teórico, dado que, se convertirá en un medio de consulta para otras investigaciones que aborden un propósito similar contribuyendo de esta manera como un antecedente teórico que permitirá analizar las variables, dimensiones y teorías abordadas como un medio de respuesta ante la realidad analizada; en cuanto a la justificación social el estudio permitirá brindar información actualizada referente a las estrategias que deben mejorarse y actualizarse para poder prevenir desenlaces fatales en los pacientes, viéndose de esta manera favorecida la atención prestada al usuario y la calidad del servicio brindado.

Por otro lado, el estudio se justificó a nivel práctico, debido a que, con el desarrollo del mismo se podrán sugerir estrategias de mejora referente a los problemas encontrados favoreciendo de esta manera los servicios prestados por la empresa y el usuario final; en cuanto a la justificación metodológica se desarrollaron dos instrumentos que permitieron recolectar información para conocer cómo se desenvuelven las variables; además, los mismos, servirán como un medio de evaluación periódica en la empresa a fin de corroborar si las acciones realizadas han mejorado los problemas encontrados. Finalmente, el estudio epistemológicamente se justificó porque buscó la creación de nuevo conocimiento acerca de la atención en telemedicina.

Así mismo éste estudio tuvo como objetivo general determinar la incidencia entre las estrategias de atención en telemedicina y la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, 2021. Como objetivos específicos; determinar la incidencia entre la estratificación de riesgo y la prevención de mortalidad de pacientes COVID-

19, atendidos en Expertta Salud, 2021, conocer la incidencia entre las pruebas de evaluación en telemedicina y la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos en Expertta Salud, 2021, identificar la incidencia entre la atención médica en telemedicina y la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos en Expertta Salud, 2021 y determinar la incidencia entre el monitoreo y seguimiento en telemedicina y la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos en Expertta Salud, 2021.

Referente a las hipótesis, se plantearon las siguientes como hipótesis General existe incidencia significativa y directa entre las estrategias de atención en telemedicina y la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos por Expertta Salud, 2021. Y como Hipótesis específicas: Existe incidencia significativa y directa entre la estratificación de riesgo y la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos por Expertta Salud, 2021, existe incidencia significativa y directa entre las pruebas de evaluación en telemedicina y la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos en Expertta Salud, 2021, existe incidencia significativa y directa entre la atención médica en telemedicina y la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos por Expertta Salud, 2021, existe incidencia significativa y directa entre el monitoreo y seguimiento en telemedicina y la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos por Expertta Salud, 2021.

II. MARCO TEÓRICO

El estudio se sustenta a través de la revisión de distintos estudios y teorías que se presentarán en el presente apartado, por tanto, se iniciará con la revisión de estudios previos a nivel internacional como nacional, en consecuencia, se expone la siguiente investigación a nivel internacional desarrollada por López et al. (2021) quienes concluyen que la rapidez por implementar la telemedicina no fue del todo efectiva por la brecha digital presente en los adultos mayores, ya que, no se encontraban preparados generando un desgaste en cada etapa del proceso; así mismo, se intuye que muchas de las visitas digitales se dieron a través de un audio predeterminado generando así desconfianza en el paciente y, se refiere que los pacientes perdieron el seguimiento probablemente por la saturación de usuarios. Otro estudio similar es el de Márquez (2020) quien concluye que las estrategias implementadas con la telemedicina se convierten en una herramienta de apoyo a los sistemas de salud, dado que, limita la exposición del paciente a potenciales infecciones, se conservan recursos hospitalarios, además a través del mismo se puede generar seguimiento mediante llamada telefónica o videollamada para evaluar el proceso como la toma de temperatura, la apariencia del paciente y la forma de respiración, así mismo a través de ello se puede generar seguimiento del tratamiento dado minimizando de esta manera el riesgo de exposición directa de persona a persona.

Un estudio con un propósito parecido es el de Legler et al. (2021) quien concluye que, las percepciones de los pacientes sobre la atención virtual fueron positivas en un 53%, sin embargo, el 46% no se sintieron apoyados emocionalmente mediante la comunicación virtual y, en cuanto a la percepción de los médicos se evidencia que tenían menos confianza en la capacidad de la atención virtual para permitir una evaluación eficaz de la gravedad de la enfermedad. También se presenta el estudio de Putievsky et al. (2021) quienes concluyen que la supervisión remota mejoró el sentido de control del personal, así mismo, también a través de la telesalud se podían vigilar a distintos pacientes de manera simultánea aumentando con ello la capacidad de atención, maximizando el tiempo del mismo y efectivizando el trabajo.

De igual manera se aborda el estudio de Coffey et al. (2021) quienes concluyen que la tasa de complicaciones fue inferior al 1% en aquellos que recibieron monitorización de baja intensidad durante los primeros 30 días de COVID-19 y se evidencia que se presentaron 27 muertes entre todos los pacientes representando un 0,4%, los cuales tuvieron un seguimiento de atención de alta intensidad. De igual forma, se encuentra el estudio de Monraz, et al. (2021) concluyeron que las estrategias de telemedicina son indispensables, pero en áreas rurales se dificulta el acceso acrecentando los posibles casos de mortalidad. Por otro lado, también se encuentra el estudio de Snoswell et al. (2021) quienes concluyen que la implementación de los servicios de telesalud tiene como objetivo mejorar positivamente a través de sus estrategias la atención médica de paciente, dado que, se puede conocer el estado de la enfermedad, el tipo de paciente, el tratamiento que debe suministrarse y se puede efectuar una monitorización constante.

Por último, se aborda el estudio de Cassar et al. (2021) quienes concluyen que las estrategias implementadas fueron efectivas al permitir conocer el estado del paciente donde solo 25,7% presentaron comorbilidades significativas, a través de ello se realizó la evaluación médica, el seguimiento y control de los mismos garantizando así la gestión médica y aliviando la carga hospitalaria; además se evidenció que solo 18 pacientes (5%) fueron remitidos a urgencias. Ahora bien, entre los estudios a nivel nacional se encuentra el de Cordero (2021) quien concluye que se evidencia una deficiente forma de atención producto de la falta de monitoreo y supervisión en la aplicación de la telemedicina. Otro estudio de igual relevancia es el de Bautista et al. (2021) quienes concluyen que la teleorientación es una estrategia efectiva para el seguimiento, atención, educación y tratamiento, de los pacientes, incrementando con ello su esperanza de vida y se evita exposición innecesaria a otras enfermedades, así mismo, se ve disminuida la carga laboral del profesional de salud y se reducen los costos del sistema de atención en salud orientados a gastos farmacológicos y horarios prolongados de espera.

Por otro lado, también se presenta el estudio de Villanueva et al. (2020) quienes concluyen que es necesario que se adopten estrategias de forma activa y sean organizadas con otros niveles de atención de salud, lo cual llevará a una mejor

prestación de los servicios de salud, que se optimicen los recursos y se prolongue la vida de las personas. Así mismo, se aborda el estudio de Ojeda (2021) se concluyen que en el Perú se utilizan técnicas de tratamiento y seguimiento poco actualizadas y desarticuladas, lo cual, impide el manejo integral del paciente y esto resulta en comorbilidades e incidentes fatales. Otro estudio parecido es el de Curioso y Galán (2021) quienes concluyeron que es necesaria la implementación de guías que permitan orientar al personal de salud acerca de las estrategias a desarrollar con la telemedicina, de igual forma, es necesario educar a los usuarios y personal para que los procesos se den de manera óptimas.

Así mismo, se presenta el estudio de Huamán y Urbina (2021) quienes concluyen que las estrategias de atención entorno al seguimiento clínico en telesalud se dieron de manera óptima, a partir de esto fueron satisfechas las necesidades de los pacientes; además se evidencia que el sistema de telemonitoreo empleado fue similar al de países extranjeros. Así mismo, se tiene el estudio de Bermúdez (2020) concluye que la atención prestada por telemedicina se relacionó de manera significativa con la satisfacción de los pacientes. Por último, se presenta el estudio de Saavedra (2021) quien concluye que el 96% de los telemonitoreos reciben tratamiento farmacológico, lo cual refiere un grado de adherencia significativo ante las nuevas prácticas de atención brindada por la clínica; esto permite determinar que la gestión brindada es efectiva y permite favorecer el grado de satisfacción de los usuarios.

Una vez culminada la revisión de estudios previos es necesario el abordaje teórico de las variables, sin embargo es fundamental un acercamiento histórico de los primeros registros de la telemedicina en la humanidad y, es que desde el siglo XIX se ha demostrado los beneficios que tiene el uso de la telecomunicación en la salud y, es que el primer registro que se tiene de los primeros dispositivos médicos relacionados con el cuidado en casa y el uso de las telecomunicaciones data de 1926, tratándose del Radio Disease Killer para solicitar antitoxina y poder combatir una epidemia de difteria que afectaba a los niños de Alaska. Por otra parte, Dos Santos y Fernández (2013) refieren que en Italia para el año 1935 se realiza asistencia médica remota a la tripulación de navíos a través de International Radio Médical Centre (CIRM).

Así mismo; para 1959 el Centro Médico de la Universidad de Nebraska apertura el circuito cerrado de televisión para la enseñanza y tratamiento en psiquiatría, empleándose este sistema para unir el centro médico con áreas rurales y dar apoyo a los programas de educación. En 1970 a fin de brindar apoyo médico a los viajeros se establece un sistema interactivo de televisión para el aeropuerto de Logan en Boston. Finalmente, para el año 1980 se introducen las computadoras y con ello se pasa del uso de la televisión en tiempo real al uso de almacenamiento y envío, el cual consistía en recolectar datos de manera digital, almacenarla y transmitirla al receptor (Huddleston et al, 2020).

Ahora bien, en torno a los cimientos teóricos del estudio se puede referir que el propósito se interrelaciona con la teoría de los procesos de normalización, puesto que, con el desarrollo de los diferentes elementos tecnológicos y la incorporación de éstos a la cotidianidad se ha generado la intriga de los factores que permitan que distintas prácticas puedan ser introducidas en los procesos rutinarios (Huddleston et al, 2020). De acuerdo con McNaughton y Shucksmith (2019) Carl May fue uno de los principales impulsores del desarrollo de esta teoría y explica la necesidad de incorporar una teoría de control de incrustación de sistemas de telemedicina.

En este sentido, Sutton et al. (2018) refieren que este supuesto teórico hace énfasis en tres elementos que se consideran clave al momento de generar una correcta integración al elemento tecnológico, los cuales son la implementación que parte de la organización del trabajo, seguido de la incrustación donde se deben hacer que estos elementos sean parte de la rutina del usuario y finalmente la integración, donde debe buscarse que la práctica sea aceptada en todos sus contextos sociales. Por ende, como refieren Agreli et al. (2019) la teoría de la normalización busca que se puedan incluir nuevas formas de actuar, pensar y organizar el trabajo, es decir, su propósito es dar una explicación a la transformación rutinaria a través de nuevos elementos y formas de conocimiento a las ya existentes.

Finalmente, Wagner et al. (2021) refieren que las tecnologías de la telemedicina deben ser introducidas e integradas de manera progresiva a fin de generar efectos positivos sobre los actores involucrados. Por otra parte, otro

supuesto teórico vinculado es la teoría de la acción razonada, de acuerdo con Abdul et al. (2020) esta es introducida por Martin Fishbein y Icek Ajzen en 1967 desarrollado a partir de la investigación en psicología social, modelos de persuasión y teorías de actitud, la misma tiene como objetivo explicar la conexión entre actitudes y comportamientos dentro de la acción humana

La teoría asume que el comportamiento específico está determinado por la intención del comportamiento mientras que la intención de la conducta está determinada por la actitud de una persona y las normas subjetivas. A partir de esta teoría según Chau (2015) surge el modelo de aceptación de las tecnologías propuesta en 1989 por Davis y, la misma busca explicar cómo los usuarios llegan a aceptar y usar un determinado elemento tecnológico a través de la relación causal entre el diseño de la tecnología, la facilidad de uso percibida y la actitud que tengan los usuarios. De acuerdo con Portz et al. (2019) esta teoría busca dar a conocer que las personas utilizan un sistema basado en la utilidad y la facilidad de uso, a partir de ello se determina la aceptación del usuario y el comportamiento que este pueda tener.

Sin embargo, Castiblanco et al. (2021) refieren que para poder integrar la telemedicina bajo este supuesto teórico es necesario considerar una interfaz de fácil uso con características entendibles y que sobre todo se brinde capacitación a los usuarios para que estos puedan participar de manera activa. Por otra parte, en la investigación es fundamental un acercamiento a las variables desde la perspectiva humanista y, por tanto, el estudio se cimienta en la teoría ambiental y la teoría del cuidado humanizado. La primera, según Mrinelli (2020) fue desarrollada por Florence Nightingale en 1859 y los principales aspectos a destacar son el control del medioambiente de las personas y familiares y la hiede; pese a que fue escrita hace 150 años respalda varias acciones en la actualidad como el mantener una higiene adecuada para prevenir la morbilidad y al contar con un ambiente limpio se puede disminuir el número de casos de infección.

De acuerdo con Silva et al. (2020) esta teoría surge porque Nightale comienza a investigar la alta tasa de mortalidad en el Hospital King's College y comienza a relacionar los factores que tenían en común, a partir de ello, recomienda la modificación del entorno, es decir, limpieza constante del ambiente,

lavado de mano y con ello se vio reducido el número de casos. Por ende, se puede referir la importancia que tiene esta teoría para el estudio, dado que, con prácticas higiénicas y la modificación del ambiente puede reducirse los casos infecciosos.

Ahora bien, la siguiente teoría abordada es la del cuidado humanizado y según Guerrero et al. (2015) fue desarrollada por Jean Watson y enmarca un pensamiento de transformación, dado que, busca que los profesionales de la salud funjan como un ente motivador en el proceso del cuidado siempre cumpliendo con las normas éticas; en este sentido, su fundamento se basa en atender las necesidades del paciente con la intención de satisfacerlas, además de priorizar la participación del mismo dentro del proceso recuperativo. En este sentido, Alexandre et al. (2020) refieren que esta teoría tiene tres pilares la mente, el cuerpo y alma que conjuntamente permiten una relación de confianza y ayuda entre el cuidador y el paciente; de tal forma que se ve relacionada la espiritualidad como un ideal moral.

Ahora bien, se puede referir que las estrategias de atención en telemedicina según Gajarawala y Pelkowski (2021) cubren todos aquellos aspectos como la educación médica, monitoreo remoto de pacientes, consulta de pacientes mediante videoconferencia, aplicaciones de salud inalámbricas y transmisión de imágenes e informes médicos. Así mismo, según Schwamm (2014) incluye una amplia gama de prácticas y especialidades e implica interacciones entre pacientes y proveedores a través del teléfono, correo electrónico, videoconferencias o conferencias, Internet y dispositivos remotos.

Para la Pan American Health Organization (PAHO, 2016) estas se refieren tanto a las teleconsultas para el seguimiento, diagnóstico o tratamiento a distancia de los pacientes, como a los servicios de telemonitorización para pacientes, generalmente crónicos, y suelen incluir el registro de parámetros biológicos. Además, estas también incluyen la comunicación electrónica entre profesionales para facilitar acciones coordinadas. En este sentido, las estrategias de atención incluyen consultas de pacientes en línea, control remoto, enfermería de telesalud y rehabilitación física y psiquiátrica remota; lo cual permite mejores opciones de atención médica, aumenta la calidad y el rendimiento de los servicios de emergencia, reduce el tiempo para realizar un diagnóstico y ahorra costos tanto

para los médicos como para los pacientes al optimizar los procedimientos clínicos y reducir los gastos de viaje a los hospitales (Haleen et al, 2021)

Siguiendo la idea anterior, las estrategias de atención en telemedicina se evaluarán en base a cuatro dimensiones, comenzando por la estratificación de riesgo, la cual permite identificar el estado de salud del paciente y con ello se facilita la elección terapéutica a seguir y las estrategias de prevención de acuerdo a las necesidades del usuario (López et al, 2015) en función de ello se toma como indicador el 4C (Coronavirus Clinical Characterisation Consortium) Mortality Score, el cual incluye 8 variables valoradas en el momento de la internación: sexo, edad, número de comorbilidades, frecuencia respiratoria, saturación periférica de oxígeno, nivel de conciencia y niveles séricos de urea y de proteína C-reactiva (PCR).

La segunda dimensión a son las pruebas de evaluación, las cuales implican establecer la gravedad de la infección respiratoria por COVID-19 a fin de poder tomar las medidas preventivas correspondiente (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2020). En consecuencia, se toman como indicadores los resultados de la CRB 65 – BIOMARCADORES, la cual permite identificar el grado de la neumonía, seguidamente la Q-SOFA - Escala Conciencia, Presión Arterial y Frecuencia Respiratoria, el NEWS-2 COVID 19 – que viene a ser la puntuación de predicción de riesgos para pacientes con COVID 19, al igual que se considera la escala FRAIL para evaluar factores de Riesgo, la VGI o valoración geriátrica integral, y finalmente la Brescia-COVID -que viene a ser la escala de severidad respiratoria modificada.

La tercera dimensión a evaluar es la atención médica, la cual es el conjunto de procesos por los cuales se concreta la provisión y prestación de cuidados al paciente (Rennert et al, 2021) y como indicadores se toman en cuenta la visita domiciliaria, que implica la asistencia del personal de salud al domicilio del asistido de ser necesario; como segundo indicador se toma en cuenta la entrega del kit médico que implica la suministración de materiales para el autocuidado y aislamiento del mismo y, por último, la entrega de un folleto educativo o sensibilización; la cual implica suministrarle al paciente y familiares información referente a la enfermedad, el tratamiento, alimentación y la prevención de la propagación de la misma.

Y la última dimensión a evaluar es el monitoreo y seguimiento, siendo esta una estrategia que permite manejar a los pacientes y garantizar que en todos los casos de COVID-19 se brinde un apoyo adecuado tanto médico como psicológico para poder cumplir con las pautas de aislamiento y así prevenir la propagación de la infección (Al-Tawafiq et al, 2021) y como indicadores se toma la revalorización de resultados a través de la teleconsulta y el seguimiento telefónico diario a fin de analizar el avance de la enfermedad y la recuperación del paciente.

Entorno a la segunda variable, la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19 puede definirse como el conjunto de actividades orientadas al control, relevamiento, estímulo, asistencia, acompañamiento y vigilancia del cumplimiento de medidas a fin de reducir los perjuicios o remediar los daños ocasionados por la enfermedad. Por otra parte, también puede referirse que son todas aquellas acciones orientadas al diagnóstico temprano, la detección de complicaciones como las comorbilidades y el pronóstico de gravedad a fin de reducir el índice de mortalidad (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2020).

A partir de ello se evalúan cuatro dimensiones, siendo la primera el grado de afección, el cual se clasifica como bajo si el paciente es menor a 59 años, es asintomático, no presenta comorbilidad y tiene la prueba de PCR-pendiente, será medio cuando el paciente sea menor a 59 años, presente al menos 1 síntoma o síntomas leves, no posea comorbilidad y tenga el PCR pendiente; así mismo, se considerará como alto cuando el mismo sea mayor a 60 años tenga uno más síntomas posea alguna comorbilidad y tenga el PCR pendiente; finalmente se considerará como muy alto cuando sea mayor a 60 años posea uno o más síntomas con alguna o varias comorbilidades y su PCR sea positivo.

La segunda dimensión es la comorbilidad haciendo referencia a la presencia de uno o más trastornos de manera simultánea en una persona o bien que ocurra uno después del otro, en consecuencia se toman como indicadores enfermedades de tipo vasculares, pulmonares, diabetes, VIH, Autoinmune, oncológicas y renales; así mismo, se toman como indicadores el uso prolongado de medicamentos, consumo de sustancias tóxicas, síntomas atípicos y el ser mayor de 60 años, dado que, la COVID-19 puede tornarse delicada cuando se presenta alguno de estos factores en el usuario (Ejaz et al, 2020).

La tercera dimensión a evaluar es el pronóstico, siendo esta la predicción que se efectúa entorno a la evolución del paciente y el resultado de la enfermedad, el cual se efectúa a partir de los signos y síntomas clínicos presentes. En consecuencia, el pronóstico se evaluará en base a los siguientes indicadores grave, moderado y leve, a partir de ello se toman las acciones a considerar para la mejora del mismo; además se tienen como indicadores el estar recuperado, recuperado con secuelas y fallecido; los cuales indican el grado de éxito del tratamiento y las acciones tomadas (Li et al, 2021).

Finalmente, la última dimensión a evaluar es la adherencia al tratamiento que hace referencia al comportamiento que tiene una persona entorno a la toma del medicamento, el seguimiento del régimen alimentario y el cambio en el modo de vida de acuerdo a las recomendaciones dadas por el prestador de servicios asistenciales. Y como indicadores se toman en cuenta el aislamiento, el cual se refiere restricción de salida fuera de su domicilio, la medicación, la cual implica la toma del mismo; internamiento en caso de complicaciones y el registro y control del paciente (Edifor et al, 2020)

III. METODOLOGÍA

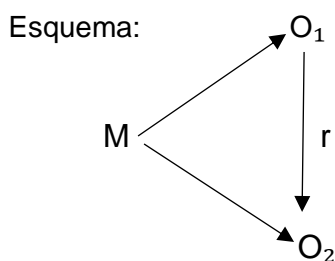
3.1. Tipo y diseño de investigación

El Tipo de Investigación usada fue básica, dado que, se hizo uso de los fundamentos teóricos encontrados para poder comprender la realidad y con ello poder responder ante los problemas aplicados (Hernández y Mendoza, 2018).

El Diseño de Investigación fue el no experimental – descriptivo, en este sentido, las variables no se alteraron por ningún motivo ni se intervino en la muestra para la obtención de información ajena a la realidad, se buscó la descripción de los hechos a fin de analizar las interacciones de las variables (Bleske et al, 2015).

El nivel de Investigación fue correlacional causal, dado que se buscó analizar la incidencia de una variable sobre la otra, ello a través del nivel de magnitud que presenten las mismas (Santa y Filiberto, 2016). El enfoque de Investigación fue cuantitativo, dado que, entre sus principales características tiene como objeto de estudio un fenómeno medible, en el cual esta normado por postulados deductivos habilitando así la generalización y estandarización de los hallazgos (Kerlinger y Howard, 2002)

Figura 1.
Esquema del diseño correlacional-causal



Dónde:

M = Muestra

O₁ = Estrategias de atención en telemedicina

O₂= Prevención de mortalidad de pacientes COVID-19

r = Incidencia de las variables de estudio

3.2. Variables y operacionalización

Variable independiente: estrategias de atención en telemedicina

Definición conceptual: Se refiere a que las estrategias de atención en telemedicina según Gajarawala & Pelkowski (2021) cubren todos aquellos aspectos como la educación médica, monitoreo remoto de pacientes, consulta de pacientes mediante videoconferencia, aplicaciones de salud inalámbricas y transmisión de imágenes e informes médicos.

Definición operacional: La variable se medirá en base a una ficha de registro que evaluará la estratificación del riesgo, evaluación, la atención médica y el seguimiento y monitoreo.

Variable dependiente: Prevención de mortalidad de pacientes COVID-19

Definición conceptual: Puede definirse como el conjunto de actividades orientadas al control, relevamiento, estímulo, asistencia, acompañamiento y vigilancia del cumplimiento de medidas a fin de reducir los perjuicios o remediar los daños ocasionados por la enfermedad (OMS, 2020).

Definición operacional: La variable se medirá en función de una ficha de registro que mida el grado de afección, las comorbilidades, pronóstico y la adherencia al tratamiento.

3.3. Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis

La población del estudio se delimitó en función de las características o fenómenos que se buscan estudiar, dado que, estos guardan estrecha relación con el mismo y a partir de ella se puede comprender el fenómeno, por tal razón, esta puede conformarse por documentos, animales, personas, etc. (Van Rijnsoever, 2017) Es importante referir que la población estuvo conformada por los registros de atención a usuarios de la empresa Expertta, siendo catalogada como infinita, dado que, se poseían más de 18mil registros.

Criterios de inclusión:

- Registros entre el periodo Diciembre 2020- Junio 2021
- Registros de usuarios que padezcan COVID-19
- Registros de usuarios mayores de edad

Criterios de exclusión:

- Incumplir con uno o más criterios de inclusión.
- Registros rellenos de forma errónea

Muestreo

Se aplicó un muestro de tipo probabilístico para poblaciones infinitas, donde, la selección de los participantes una vez determinado el tamaño serán elegidos bajo un muestro aleatorio simple, es decir, al azar. En base a lo anterior, se ha empleado la siguiente formula:

Figura 2.

Fórmula de muestreo para poblaciones infinitas

$$n = \frac{Z^2 \cdot 1 - \alpha / 2^2 \cdot s^2}{d^2}$$

$$n = 180$$

Muestra

Se considera a la muestra como la unidad de la cual se extraerá la información, puesto que, esta permite generalizar lo resultados en toda la población. (Van Rijnsoever, 2017). La muestra se conformó por 180 registros de la empresa Expertta.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica usada en el presente estudio fue la observación, dado que, los datos fueron recogidos de fuentes documentarias, así mismo, como instrumento de recaudación de datos se empleó una ficha de registros para el análisis de datos macro a uno específico, en este sentido, la misma permitió la recopilación de los datos (Hernández y Mendoza, 2018).

3.5. Procedimientos

En la presente investigación los primeros pasos abordados partieron desde la percepción de un problema, en el cual, se establecieron las variables a analizar a fin de poder consolidar el sustento teórico y metodológico que rigió el presente estudio. A partir de ello, se construyeron los instrumentos de recolección de datos. Posteriormente los datos fueron analizados mediante estos instrumentos y se procesó la información para el cumplimiento de los objetivos plasmados.

3.6. Método de análisis de datos

En primer lugar, se solicitó a la empresa Expertta sus registros de telemedicina de pacientes con COVID-19, una vez obtenidos los permisos estos fueron analizados desde el 2020 al 2021 a fin de ir excluyendo aquellos que hayan incumplido con los criterios de inclusión y exclusión; finalmente, una vez obtenidos los registros finales se procedió con el traslado de la información a los instrumentos diseñados.

Posteriormente a la recopilación de datos se inició con el proceso de codificación y tabulación en el programa informático Microsoft Excel, en el mismo se analizaron los datos de manera descriptiva; luego de ellos esta base de datos se trasladó al programa estadístico SPSS en su versión 26.0 y *Jamovi* versión 1.1.7 a fin de poder proceder con el análisis de correlación entre las variables con el propósito de comprobar las hipótesis, dar respuesta a las interrogantes y cumplir con los objetivos plasmados.

3.7. Aspectos éticos

El presente estudio se desarrolló de acuerdo a los siguientes criterios éticos: **i) Originalidad:** A fin de garantizar el derecho de autor cada una de las ideas de otros autores será debidamente citada y referenciada; **ii) Beneficencia:** El estudio buscó generar beneficios en pro de la empresa y usuarios finales; y **iii) Veracidad:** Los resultados obtenidos en la investigación fueron presentados sin ningún tipo de manipulación que puedan beneficiar al investigador.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

Caracterización de la muestra

Tabla 1
Características de la muestra (n=180)

	Características	Frec	%
Genero	Masculino	82	46%
	Femenino	98	54%
Edad	20 - 30 años	20	11%
	31 - 40 años	17	9%
	41 - 50 años	27	15%
	51 a 60 años	64	36%
	61 años a más	52	29%

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra analizada, siendo ésta constituida por 180 pacientes de la empresa Expertta Salud y se puede apreciar que del total evaluados 54% (98) son del género femenino, mientras que el 46% (82) son del género masculino. Referente a la edad el 36% (64) tienen un rango de edad entre los 51 a 60 años, seguido del 29% (52) tiene un rango de edad entre los 61 años a más, el 15% (27) tienen entre a 41 a 50 años, el 11% (17) tienen entre 20 a 30 años de edad y el 9% (17) tiene entre 31 a 40 años; en base a lo analizado se ha podido determinar que los pacientes poseen una edad mayor a 50 años.

Análisis descriptivo de las variables y dimensiones

Tabla 2
Análisis descriptivo de las variables

Variables	Calificación	Frec.	%
Estrategias de atención en telemedicina	Deficiente	47	26%
	Regular	133	74%
	Eficiente	0	0%
Prevención de mortalidad	Bajo	47	26%
	Medio	107	59%
	Alto	26	14%

En la tabla 2 se muestra el análisis descriptivo de las variables, donde se puede apreciar que el nivel de las estrategias en telemedicina es regular prevalentemente en un 74% y el 26% es considerado como deficiente, además, la prevención de mortalidad presenta mayor variedad en un 59% es clasificada como media, baja en un 26% y alta en un 14%. Es posible que los resultados sean prevalentemente medios, dado que, la estratificación del riesgo, la atención médica y el monitoreo y seguimiento no estén resultando favorables para obtener una prevención de la mortalidad alta.

Tabla 3

Tabla cruzada entre las estrategias de atención en telemedicina y la prevención de mortalidad

		Prevención de mortalidad				
			Bajo	Medio	Alto	Total
Estrategias de atención en telemedicina	Deficiente	Recuento	31	30	6	67
		% del total	17,2%	16,7%	3,3%	37,2%
	Regular	Recuento	16	77	20	113
		% del total	8,9%	42,8%	11,1%	62,8%
Total	Recuento	47	107	26	180	
	% del total	26,1%	59,4%	14,4%	100,0%	

En la tabla 3 se presenta el análisis cruzado entre las estrategias de atención en telemedicina con la prevención de mortalidad de pacientes de COVID, en el cual se puede apreciar que cuando las estrategias presentan un nivel deficiente la prevención de mortalidad es deficiente en un 17,2%, así mismo, cuando esta presenta puntuaciones regulares la prevención se ubica en un nivel medio con un 42,8%.

Tabla 4

Tabla cruzada entre la estratificación de riesgo y la prevención de mortalidad

		Prevención de mortalidad				
			Bajo	Medio	Alto	Total
Estratificación del riesgo	Deficiente	Recuento	15	18	1	34
		% del total	8,3%	10,0%	0,6%	18,9%
	Regular	Recuento	32	89	25	146
		% del total	17,8%	49,4%	13,9%	81,1%
Total	Recuento	47	107	26	180	
	% del total	26,1%	59,4%	14,4%	100,0%	

En la tabla 4 se presenta el análisis cruzado entre la estratificación del riesgo en telemedicina con la prevención de mortalidad de pacientes de COVID, en el cual se puede apreciar que cuando la estratificación del riesgo presenta un nivel deficiente la prevención de mortalidad es deficiente en un 10,0%, así mismo, cuando esta presenta puntuaciones regulares la prevención se ubica en un nivel medio con un 49,4%.

Tabla 5

Tabla cruzada entre las pruebas de evaluación y la prevención de mortalidad

			Prevención de mortalidad			
			Bajo	Medio	Alto	Total
Pruebas de evaluación	Deficiente	Recuento	33	82	20	135
		% del total	18,3%	45,6%	11,1%	75,0%
	Regular	Recuento	14	25	6	45
		% del total	7,8%	13,9%	3,3%	25,0%
Total	Recuento		47	107	26	180
	% del total		26,1%	59,4%	14,4%	100,0%

En la tabla 5 se presenta el análisis cruzado entre las pruebas de evaluación con la prevención de mortalidad de pacientes de COVID, en el cual se puede apreciar que cuando las pruebas de evaluación presentan un nivel deficiente la prevención de mortalidad presenta un nivel medio en un 45,6%, así mismo, cuando esta presenta puntuaciones regulares la prevención se ubica en un nivel medio con un 13,9%.

Tabla 6

Tabla cruzada entre la atención médica en telemedicina y la prevención de mortalidad

			Prevención de mortalidad			
			Bajo	Medio	Alto	Total
Atención médica	Deficiente	Recuento	27	25	1	53
		% del total	15,0%	13,9%	0,6%	29,4%
	Regular	Recuento	20	82	25	127
		% del total	11,1%	45,6%	13,9%	70,6%
Total	Recuento		47	107	26	180
	% del total		26,1%	59,4%	14,4%	100,0%

En la tabla 6 se presenta el análisis cruzado entre la atención médica en telemedicina con la prevención de mortalidad de pacientes de COVID, en el cual se puede apreciar que cuando la atención médica presenta un nivel deficiente la prevención de mortalidad es baja en un 15,0%, así mismo, cuando esta presenta puntuaciones regulares la prevención se ubica en un nivel medio con un 45,6%.

Tabla 7.

Tabla cruzada entre el monitoreo y seguimiento en telemedicina y la prevención de mortalidad

			Prevención de mortalidad			
			Bajo	Medio	Alto	Total
Monitoreo y seguimiento	Deficiente	Recuento	25	25	7	57
		% del total	14,0%	14,0%	3,9%	32,0%
	Regular	Recuento	21	82	13	116
		% del total	11,8%	46,1%	7,3%	65,2%
	Eficiente	Recuento	0	0	5	5
		% del total	0,0%	0,0%	2,8%	2,8%
Total	Recuento	46	107	25	178	
	% del total	25,8%	60,1%	14,0%	100,0%	

En la tabla 7 se presenta el análisis cruzado entre el monitoreo y seguimiento con la prevención de mortalidad de pacientes de COVID, en el cual se puede apreciar que cuando el monitoreo y seguimiento presenta un nivel deficiente la prevención de mortalidad es deficiente en un 14,0%, así mismo, cuando esta presenta puntuaciones regulares la prevención se ubica en un nivel medio con un 46,1%.

4.2. Análisis inferencial

Comprobación de hipótesis general

Ha: Existe incidencia significativa y directa entre las estrategias de atención en telemedicina y la prevención de mortalidad

Ho: No existe incidencia significativa y directa entre las estrategias de atención en telemedicina y la prevención de mortalidad

Tabla 8.

Análisis de asociación entre las estrategias de atención en telemedicina y la prevención de mortalidad

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	22,697 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	22,304	2	,000
Asociación lineal por lineal	17,811	1	,000
N de casos válidos	180		

En la tabla 8 se puede observar la asociación entre las estrategias de atención en telemedicina, donde se determina que estas inciden sobre la prevención de mortalidad, dado que, el valor de significancia fue menor a 0,05; en base al hallazgo, se puede rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación, es decir, existe incidencia significativa y directa entre las estrategias de atención en telemedicina y la prevención de mortalidad.

Comprobación de hipótesis específica 1

Ha: Existe incidencia significativa y directa entre la estratificación de riesgo y la prevención de mortalidad

Ho: No existe incidencia significativa y directa entre la estratificación de riesgo y la prevención de mortalidad

Tabla 9.

Análisis de asociación entre la estratificación de riesgo y la prevención de mortalidad

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9,343 ^a	2	,009
Razón de verosimilitud	10,162	2	,006
Asociación lineal por lineal	9,262	1	,002
N de casos válidos	180		

En la tabla 9 se puede observar la asociación entre la estratificación del riesgo donde se determina que estas inciden sobre la prevención de mortalidad, dado que, el valor de significancia fue menor a 0,05; en base al hallazgo, se puede rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación, es decir, existe incidencia significativa y directa entre la estratificación de riesgo y la prevención de mortalidad.

Comprobación de hipótesis específica 2

Ha: Existe incidencia significativa y directa entre las pruebas de evaluación y la prevención de mortalidad

Ho: No existe incidencia significativa y directa entre las pruebas de evaluación y la prevención de mortalidad

Tabla 10.

Análisis de asociación entre las pruebas de evaluación y la prevención de mortalidad

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	45,904 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	34,201	4	,000
Asociación lineal por lineal	15,696	1	,000
N de casos válidos	180		

En la tabla 10 se puede observar la asociación entre las pruebas de evaluación, donde se determina que estas inciden sobre la prevención de mortalidad, dado que, el valor de significancia fue menor a 0,05; en base al hallazgo, se puede rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación, es decir, existe incidencia significativa y directa entre las pruebas de evaluación y la prevención de mortalidad

Comprobación de hipótesis específica 3

Ha: Existe incidencia significativa y directa entre la atención médica y la prevención de mortalidad

Ho: No existe incidencia significativa y directa entre la atención médica y la prevención de mortalidad

Tabla 11.

Análisis de asociación entre la atención médica en telemedicina y la prevención de mortalidad

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	27,845 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	29,264	2	,000
Asociación lineal por lineal	26,645	1	,000
N de casos válidos	180		

En la tabla 11 se puede observar la asociación entre la atención médica en telemedicina, donde se determina que estas inciden sobre la prevención de mortalidad, dado que, el valor de significancia fue menor a 0,05; en base al hallazgo, se puede rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación, es decir, existe incidencia significativa y directa entre la atención médica y la prevención de mortalidad

Comprobación de hipótesis específica 4

Ha: Existe incidencia significativa y directa entre el monitoreo y seguimiento y la prevención de mortalidad

Ho: No existe incidencia significativa y directa entre el monitoreo y seguimiento y la prevención de mortalidad

Tabla 12.

Análisis de asociación entre el monitoreo y seguimiento en telemedicina y la prevención de mortalidad

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	45,904 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	34,201	4	,000
Asociación lineal por lineal	15,696	1	,000
N de casos válidos	178		

En la tabla 12 se puede observar la asociación entre el monitoreo y seguimiento en telemedicina, donde se determina que estas inciden sobre la prevención de mortalidad, dado que, el valor de significancia fue menor a 0,05; en base al hallazgo,

se puede rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación, es decir, existe incidencia significativa y directa entre el monitoreo y seguimiento y la prevención de mortalidad

V. DISCUSIÓN

Los hallazgos encontrados serán contrastados con las evidencias de otros estudios que permitirán determinar la similitud y dispareces entre diferentes perspectivas teóricas. En consecuencia, las evidencias de la investigación se presentan en función del orden de los objetivos, sin embargo, es menester hacer mención de las evidencias descriptivas encontradas donde de los 180 registros provenientes de la empresa Expertta se encontró que la mayor prevalencia de pacientes era del género femenino en un 54% y con una edad comprendida entre los 51 a 60 años, bajo esta idea se puede referir que la población se encontraba entre el rango de adulto y adulto mayor y que el género femenino era el que más usaba los servicios ofrecidos por la empresas.

Así mismo, referente a los datos encontrados a nivel descriptivo se pudo dar a conocer que las estrategias de atención en telemedicina presentaron un nivel regular en un 74% y además la prevención de mortalidad presentó un nivel medio en un 59%, en base a ello, se puede decir que en otras latitudes los resultados resultan similares, por ejemplo, en Estados Unidos se tuvo un registro del 30% de la atención brindada, donde el seguimiento dado era de una sola vez por semana y como refiere Demeke et al. (2020) esto resultaba insuficiente, puesto que, los pacientes no seguían las indicaciones dadas por el médico tratante y, además, estos tenían desconfianza de la información brindada por el personal de salud y de igual manera en el Perú la situación fue parecida, dado que, Álvarez et al. (2021) dio a conocer que la comunicación a través de la telemedicina no resultaba efectiva, se evidenciaba mucha desconfianza entre lo comunicado por el médico y los mitos sobre la COVID-19.

De acuerdo con lo anterior, se puede decir que la implementación de las estrategias de atención en telemedicina con premura genera que el nivel de prevención de morbilidad no sea del todo efectivo, debido a que, llegan a presentarse barreras cognitivas y actitudinales que afectan las estrategias dadas por los centros de salud; lo cual ocasiona que los usuarios prefieran la automedicación, dejen de lado la atención recibida y perciba que las instrucciones dadas por el personal de salud no vayan en coherencia con la mejora de su salud.

De acuerdo a lo referido, se puede evidenciar que los centros de salud que deseen implementar estas estrategias deben apoyarse en sistemas teóricos que les ayuden a comprender la aceptación del usuario y el personal de atención, por ejemplo, el modelo de aceptación de las tecnologías propuesta en 1989 por Davis donde Portz et al. (2019) da a conocer que las personas utilizan un sistema basado en la utilidad y la facilidad de uso, a partir de ello se determina la aceptación del usuario y el comportamiento que este pueda tener. Así mismo, como refiere Castiblanco et al. (2021) para poder integrar la telemedicina bajo este supuesto teórico es necesario considerar una interfaz de fácil uso con características entendibles y que sobre todo se brinde capacitación a los usuarios para que estos puedan participar de manera activa

A partir del objetivo general se logró demostrar que las estrategias de atención en telemedicina inciden sobre la prevención de mortalidad, esto fue comprobado tanto a nivel descriptivo porque se dio a conocer que cuanto las estrategias de atención en telemedicina presentaron valores regulares la prevención de mortalidad presentó un nivel medio en un 42,8%; mientras que en el apartado estadístico se evidenció que el valor de significancia fue menor a 0,05 y a través de ellos se comprobó la hipótesis de investigación demostrándose la incidencia.

Estos resultados se pueden relacionar con los hallazgos de López, et al. (2021) quienes concluyen que la rapidez por implementar la telemedicina no fue del todo efectiva por la brecha digital presente en los adultos mayores, ya que, no se encontraban preparados generando un desgaste en cada etapa del proceso; así mismo, se vinculan con los hallazgos de Monraz. et al. (2021) quienes concluyeron que las estrategias de telemedicina son indispensables, pero en áreas rurales se dificulta el acceso acrecentando los posibles casos de mortalidad. A partir de lo anterior puede referirse que las estrategias en telemedicina deben implementarse desde ambas realidades, es decir, debe adaptarse el personal médico y debe acoplarse los usuarios a la misma a fin de contar con resultados favorables.

En función del primer objetivo se logró demostrar que la estratificación del riesgo incide sobre la prevención de mortalidad, esto fue comprobado tanto a nivel descriptivo porque se dio a conocer que cuando la estratificación del riesgo presentó valores regulares la prevención de mortalidad presentó un nivel medio en un 49,2%; mientras que en el apartado estadístico se evidenció que el valor de significancia fue menor a 0,05 y esto permitió demostrar la incidencia entre la dimensión estratificación del riesgo sobre la prevención de mortalidad.

Lo mencionado se relacionó con las evidencias encontradas por Cassar, et al. (2021) quienes concluyen que las estrategias implementadas fueron efectivas al permitir conocer el estado del paciente donde solo 25,7% presentaron comorbilidades significativas, a través de ello se realizó la evaluación médica, el seguimiento y control de los mismos garantizando así la gestión médica y aliviando la carga hospitalaria; además se evidenció que solo 18 pacientes (5%) fueron remitidos a urgencias. Esto permite comprender que pese al esfuerzo realizado por el personal de salud aún existe desconfianza por parte de los usuarios y ello impide que se brinde de manera eficiente la estratificación del riesgo en el país, sin embargo, en otros países con mejor adaptación a la telemedicina los resultados son más favorables, como lo son Estados Unidos, Canadá, India y Reino Unido quienes han venido implementado los servicios de telemedicina desde la década de los 50.

De acuerdo con el segundo objetivo específico se demostró que las pruebas de evaluación inciden sobre la prevención de mortalidad, esto fue comprobado tanto a nivel descriptivo, porque se dio a conocer que cuando las pruebas de evaluación presentaron valores deficientes la prevención de mortalidad presentó un nivel medio en un 45,6%; mientras que en el apartado estadístico se evidenció que el valor de significancia fue menor a 0,05 y esto permitió demostrar la hipótesis se estudió.

Los hallazgos encontrados se vinculan con los resultados obtenidos en el estudio de Ojeda (2021) quienes concluyen que en el Perú se utilizan técnicas de tratamiento y seguimiento poco actualizadas y desarticuladas, lo cual, impide el

manejo integral del paciente y esto resulta en comorbilidades e incidentes fatales. De igual forma, Curioso y Galán (2021) obtuvieron resultados parecidos porque demostraron que es necesaria la implementación de guías que permitan orientar al personal de salud acerca de las estrategias a desarrollar con la telemedicina, de igual forma, es necesario educar a los usuarios y personal para que los procesos se den de manera óptimas.

Estos hallazgos dan a conocer que es necesario implementar guías y controles para el seguimiento del paciente con la intención de prevenir la mortalidad de los mismos; adicional a ello, se puede referir que el usuario puede percibir plena confianza del servicio brindado, se podría mejorar a través de ello la calidad del servicio prestado y obtener un mayor grado de satisfacción por parte de los pacientes de la empresa.

En concordancia con el cuarto objetivo específico se logró identificar que la atención médica incide sobre la prevención de mortalidad, , esto fue comprobado tanto a nivel descriptivo porque se dio a conocer que cuando la atención médica presentó valores regulares la prevención de mortalidad presentó un nivel medio en un 45,6%; mientras que en el apartado estadístico se evidenció que el valor de significancia fue menor a 0,05 y esto permite demostrar la hipótesis de estudio, es decir, la existencia de incidencia de la atención médica sobre la prevención en mortalidad.

Lo anterior puede se puede comparar con los hallazgos de Legler, et al., (2021) quien demostró que el 46% no se sintieron apoyados emocionalmente mediante la comunicación virtual y, en cuanto a la percepción de los médicos se evidencia que tenían menos confianza en la capacidad de la atención virtual para permitir una evaluación eficaz de la gravedad de la enfermedad. Estos resultados permiten denotar que los pacientes desconfían de las estrategias en telemedicina, lo cual no permite que la atención médica sea eficaz al momento de brindar un diagnóstico clínico para la prevención y monitoreo del estado del paciente.

En coherencia con el quinto objetivo se dio a conocer que el monitoreo y seguimiento incide sobre la prevención de mortalidad, esto fue comprobado tanto a nivel descriptivo porque se dio a conocer que cuando el monitoreo y seguimiento es regular la prevención de mortalidad presentó un nivel medio en un 46,1%; mientras que en el apartado estadístico se evidenció que el valor de significancia fue menor a 0,05 y esto permitió demostrar la hipótesis de estudio.

Estos resultados se pueden relacionar con los hallazgos de López, et al. (2021) quienes demostraron que muchas de las visitas digitales se dieron a través de un audio predeterminado generando así desconfianza en el paciente y, se refiere que los pacientes perdieron el seguimiento probablemente por la saturación de usuarios. Así mismo, es comparable con los hallazgos de Coffey, et al., (2021) que la tasa de complicaciones fue inferior al 1% en aquellos que recibieron monitorización de baja intensidad durante los primeros 30 días de COVID-19 y se evidencia que se presentaron 27 muertes entre todos los pacientes representando un 0,4%, los cuales tuvieron un seguimiento de atención de alta intensidad. De igual forma se relaciona con los hallazgos de Cordero, (2021) quien concluye que se evidencia una deficiente forma de atención producto de la falta de monitoreo y supervisión en la aplicación de la telemedicina. Las evidencias obtenidas permiten determinar que las estrategias para el monitoreo y seguimiento no resultan favorables en la prevención, en consecuencia, es necesario dinamizar las mismas para obtener mayores niveles de prevención.

Referente a las limitaciones encontradas para el desarrollo del estudio se encontraron limitaciones de tiempo que pudieron haber impedido la recolección de una muestra más grande, en consecuencia, para futuras investigaciones se recomienda efectuar un análisis con una mayor cantidad de datos para los respectivos análisis y evaluar si los resultados se asemejan a los encontrados en el presente estudio. Por otra parte, a nivel teórico los estudios similares resultaron escasos, dado que el tema aún resulta novedoso para la sociedad y es poco abordado, sin embargo, se consideraron como referentes todos los estudios teóricos encontrados en la actualidad a fin de abordar el tema con la mayor amplitud

y profundidad que lo requiere a fin de que la investigación resultara rigurosa y completa.

Las estrategias de atención en telemedicina que implementa la empresa Expertta salud pueden ser llevadas a entidades públicas cumpliendo el proceso de adaptación, tal y como refiere PAHO (2016) estas pueden ser llevadas a servicios de emergencia o información, además el uso de la telemedicina puede verse apoyado de la realidad virtual, inteligencia artificial y la robótica incluso para apoyar y supervisar procedimiento de cirugía o bien llevar una cirugía a distancia. Bajo lo referido anteriormente, las estrategias de atención en telemedicina pueden ser acogidas en cualquier área de un centro médico, sin embargo, esta debe ser acoplada de manera progresiva tanto para que los usuarios puedan comprender y aceptarla como el personal de salud, a partir de ello podrían obtenerse mejores resultados y una calidad de servicio que cumplan las expectativas de los usuarios del centro de atención.

VI. CONCLUSIONES

Primera: A partir del objetivo general se puede concluir que las estrategias de atención en telemedicina inciden sobre la prevención de mortalidad, dado que, el valor de significancia fue menor a 0,05; a partir de esto se comprueba la hipótesis de investigación. Esto permite demostrar que mientras mejores sean las estrategias de atención en telemedicina mejor será la prevención de mortalidad.

Segunda: En función del primer objetivo específico se concluye que la estratificación del riesgo incide sobre la prevención de mortalidad, dado que, el valor de significancia fue menor a 0,05; esto permitió demostrar que mientras más eficiente sea la estratificación del riesgo mejor será la prevención de mortalidad.

Tercera: De acuerdo con el segundo objetivo específico se concluye que las pruebas de evaluación, donde se determina que estas inciden sobre la prevención de mortalidad, dado que, el valor de significancia fue menor a 0,05; esto permitió demostrar que mientras más eficiente sean las pruebas de evaluación mejor será la prevención de mortalidad.

Cuarta: En concordancia con el cuarto objetivo específico se concluye que la atención médica incide sobre la prevención de mortalidad, dado que, el valor de significancia fue menor a 0,05; esto permite demostrar que mientras más eficiente sea la atención médica mejor será la prevención de mortalidad.

Quinta: En coherencia con el quinto objetivo se concluye que el monitoreo y seguimiento inciden sobre la prevención de mortalidad, dado que, el valor de significancia fue menor a 0,05; esto permite demostrar que mientras más eficiente sea el monitoreo y seguimiento mejor será la prevención de mortalidad.

VII. RECOMENDACIONES

Primera: Se recomienda al gerente de la empresa Expertta Salud ampliar las estrategias en telemedicina a fin de poder facilitar las actividades de diagnóstico y tratamiento de médicos con la intención de mejorar la eficacia del trabajo clínico personalizado.

Segunda: Se recomienda al gerente de la empresa Expertta Salud efectuar una evaluación secundaria a la estratificación del riesgo a fin de velar que datos encontrados en un inicio sean igual en la etapa de revisión y comprobación a fin de que estos sean datos sólidos que permitan al personal de salud tomar acciones.

Tercera: Se recomienda al personal de la empresa Expertta Salud efectuar actividades de control, si el paciente presenta síntomas o hay sospechas de ellos a fin de volver a realizar las pruebas de evaluación.

Cuarta: Se recomienda al gerente de la empresa Expertta Salud involucrar a la familia del paciente mediante charlas educativas que permitan controlar el estado del paciente y el progreso llevado a cabo.

Quinta: Se recomienda al gerente de la empresa Expertta Salud no solo el contacto con el paciente sino con los familiares a fin de que, si el paciente deja la teleconsulta notificar al familiar más cercano con la intención de que se cerciore del estado de salud del mismo.

REFERENCIAS

- Abdul, N., Harum, S., Baharom, M., & kamaruddin, N. (2020). The evolution of the technology acceptance model (TAM). *Kaizentrenovation Sdn Bhd*, 01(2). https://www.researchgate.net/publication/343789122_THE_EVOLUTION_OF_THE_TECHNOLOGY_ACCEPTANCE_MODEL_TAM
- Agreli, H., Barry, F., Burton, A., Creedon, S., Drennan, J., Gould, D., Hegarty, T. (2019). Ethnographic study using Normalization Process Theory to understand the implementation process of infection prevention and control guidelines in Ireland. *BMJ Open*, 9(8). <https://bmjopen.bmj.com/content/9/8/e029514>
- Alexandre, P., Da Costa, P., Mondragón, E., Fernandez, M., Parente, I., & Lira, J. (2020). The dimensions of the human being and nursing care in the pandemic context of COVID-19. *REFLEXÃO | REFLEXION*, 24, 1-7. <https://cutt.ly/oE1t2To>
- Al-Tawafiq, J., Kheir, H., Dakheel, T., Al-Qahtani, S., Aikhadra, H., Sarham, A., Ibrahim, R. (2021). COVID-19 home monitoring program: Healthcare innovation in developing, maintaining, and impacting the outcome of SARS-CoV-2 infected patients. *Travel Medicine and Infectious Disease*(2). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC816922>
- Alvarez, A., Del Aguila, S., & Yañez, J. (2021). Telemedicine in Peru as a Result of the COVID-19 Pandemic: Perspective from a Country with Limited Internet Access. *The American Journal of tropical medicine and hygiene*, 105(1), pp. 6-11. <https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/105/1/article-p6.xml>
- Bautista, A., Coronel, F., & Zegarra, R. (2021). La teleorientación: estrategia costo efectiva para la atención de personas con hipertensión arterial en el contexto COVID-19, Perú, 2019. *Revista de investigación científica Ágora*, 08(1), pp. 64-68. <https://doi.org/10.21679/arc.v8i1.208>
- Bermudez, S. (2020). Satisfacción del Paciente de Telemedicina durante la Pandemia COVID-19. [Tesis de Licenciatura, Colegio de Estudios

Superiores de Administración- CESA]
https://repository.cesa.edu.co/bitstream/handle/10726/4093/ADM_1047492126_2020_2.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Bleske, A., Morrison, K., & Hiedtke, L. (2015). Causal Inference from Descriptions of Experimental and Non-Experimental Research: Public Understanding of Correlation-Versus-Causation. *The Journal of General Psychology*, 142(1), pp. 48-70.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00221309.2014.977216>

Castiblanco, I., Cepeda, L., Violante, M., Marcolin, F., & Vezzeti, F. (2021). Commonly Used External TAM Variables in e-Learning, Agriculture and Virtual Reality Applications. *Future Internet*, 13(1).
<https://www.mdpi.com/1999-5903/13/1/7>

Chau, P. (2015). An Empirical Assessment of a Modified Technology Acceptance Model. *Journal of Management Information Systems*, 13(2).
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07421222.1996.11518128>

Cassar, M., Borg, D., Camilleri, L., Schembri, A., Agius, E., Buhagiara, K., & Grech, M. (2021). A novel use of telemedicine during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Infectious Diseases*, 103, pp. 182-187.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971220324814>

Coffey, J., C. L., Glasgow, A., Pearson, K., Brown, J., Gathje, S., & Sangaralingham, L. (2021). Implementation of a multisite, interdisciplinary remote patient monitoring program for ambulatory management of patients with COVID-19. *NPJ Digital Medicine* volume , 4(123).
<https://www.nature.com/articles/s41746-021-00490-9>

Cordero, N. (2021). La Telesalud y los derechos del paciente durante la pandemia por el Covid-19, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco-Cusco, 2021". [Tesis de Licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/62483>

Curioso, W., y Galán, E. (2021). El rol de la telesalud en la lucha contra el COVID-19 y la evolución del marco normativo peruano. *Acta Médica Peruana*, 37(3),

pp.366-375. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n3/1728-5917-amp-37-03-366.pdf>

Demeke, H., Pao, L., Clark, H., Romero, L., Neri, A., Shah, R., & Rose, M. (2020). Telehealth Practice Among Health Centers During the COVID-19 Pandemic — United States, July 11–17, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 69(50), pp.1902–1905. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6950a4.htm>

Di Nella, D., e Ibañez, V. (2020). Causas y consecuencias de la Pandemia COVID-19. De la inmovilidad de la humanidad a la circulación desconcentrada de personas. *Revista Derechos en Acción*, 5(15), pp.415-485. <https://doi.org/10.24215/25251678e407>

Dos Santos, A. y Fernández, A. (2013). Desarrollo de la telemedicina en América Latina. Aspectos conceptuales y estado actual. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35453/S2013129_es.pdf

Edifor, E., Brown, R., Smith, P., & Kossik, R. (2020). Non-Adherence Tree Analysis (NATA)—An adherence improvement framework: A COVID-19 case study. *PLOS ONE*, 16(2), pp.1-16. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0247109>

Ejaz, H., Alsrhaim, A., Zafar, A., Javed, H., Junaid, K., Abdalla, A. & Ypunas, S. (2020). COVID-19 and comorbidities: Deleterious impact on infected patients. *Journal of Infection and Public Health*, 13(12), pp.1833-1839. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034120305943>

Gajarawala, S., & Pelkowski, J. (2021). Telehealth Benefits and Barriers. *Journal Nurse Practice*, 17(2), pp.218–221. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7577680/>

Guerrero, R., Meneses, M., y De La Cruz, M. (2015). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima, Callao-2015. *Revista enfermería Herediana*, 9(2), pp.133-142. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3bL9xcltFf4J:htt>

ps://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe

- Haleen, A., Javaid, M., Pratad, R., & Suman, R. (2021). Telemedicine for healthcare: Capabilities, features, barriers, and applications. *Sensor International*, 2. <https://www.sciencedirect.com/sciency>
- Cuevas, A. (2017). *Fundamentos de investigación*. Ciudad de México: McGraw Hill.
- Huamán, Z., & Urbina, K. (2021). *Evaluación del cumplimiento del protocolo de atención de los equipos de respuesta rápida y seguimiento clínico durante la pandemia por SARS-COV-2, ESSALUD Lambayeque Julio-Diciembre 2020*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Señor del Sipán]. <https://cutt.ly/nE1t8Ru>
- Huddleston, L., Turner, J., Eborall, H., Hudson, N., Davies, M., & Martin, G. (2020). Application of normalisation process theory in understanding implementation processes in primary care settings in the UK: a systematic review. *BMC Family Practice*, 21(52). <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-01107-y#citeas>
- Kerlinger, F., y Howard, L. (2002). *Investigacion del Comportamiento Metodos de Investigacion Ciencias Sociales*. Mexico: McGRAW-Hill / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Khoshrounejad, F., Hamednia, M., Mehrjerd, A., Pichaghsaz, S., Jamalirad, J., Sargolzaei, M. & Aalaei, S. (2021). Telehealth-Based Services During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review of Features and Challenges. *Frontiers in Public Health*, 9, pp. 997-1009. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2021.711762>
- Legler, S., Diehl, M., Hilliard, B., Olson, A., Markowitz, R., Tignanelli, C. & Usher, M. (2021). Evaluation of an Intrahospital Telemedicine Program for Patients Admitted With COVID-19: Mixed Methods Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(4). <https://www.jmir.org/2021/4/e25987>

- Li, X., Li, T., & Wang, H. (2021). Treatment and prognosis of COVID-19: Current scenario and prospects (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, 21(1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7678645/>
- Lopez, A., Lam, K., & Thota, T. (2021). Barriers and Facilitators to Telemedicine: Can You Hear Me Now? *American Society of Clinical Oncology Educational Book*(41), pp. 25-36. https://ascopubs.org/action/showCitFormats?doi=10.1200/EDBK_320827
- López, J., Scrocchi, S., Suarez, F., Lopez, S., y Barrios, W. (2015). Estratificación del riesgo cardiovascular de pacientes en ambulatorios de la red de hipertensión, Táchira - Venezuela. *CIMEL*, 20(1), pp3-7. <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/572/326>
- Marinelli, N. (2020). Contribuciones de la Teoría Ambiental de Florence Nightingale a la prevención de la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3702/578>
- Márquez, J. (2020). Teleconsulta en la pandemia por Coronavirus: desafíos para la telemedicina pos-COVID-19. *Revista Colombiana De Gastroenterología*, 35(1), pp.5-16. <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/543>
- May, C., Cummings, A., Girling, M., Bracher, M., Mair, F., May, C., & Finch, T. (2018). Using Normalization Process Theory in feasibility studies and process evaluations of complex healthcare interventions: a systematic review. *Implementation Science*, 13(80). <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-018-0758-1#citeas>
- McNaughton, R., & Shucksmith, J. (2019). Using Normalization Process Theory as a Practical Tool Across the Life Course of a Qualitative Research Project. *Qualitative health Research*, 30(2), pp.217-227. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732319863420?journalCode=qhra>

- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2020). Concenso de recomendaciones el tratamiento del covid 19 en personas adultas mayores. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/09/Recomendaciones-para-el-tratamiento-del-Covid-19-en-personas-Adultas-Mayores.pdf>
- Monaghesh, E., & Hajizadeh, A. (2020). The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidenc. *BMC Public Health* *volume*, *20*(1193). <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09301-4>
- Monraz, P; Pacheco, A; Castorena, A; Benitez, R; Thirion, I; Lopez, E; Mateo, M; Barreto, J; Vega, R; Sandoval, J; Rodriguez, S; Regalado, J; Salas, J; y Santillan, D (2021) Telemedicina durante la pandemia por COVID-19. *Neumol Cir Torax* 2021; 80 (2) <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100996>
- Ojeda, M. (2021). *Telemedicina como estrategia para el control de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en el contexto de pandemia por la COVID-19-estado del arte*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Cayetano Heredia], https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/9262/Telemedicina_Ojedalbarez_Maria.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333726/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-Long-term_Care-2020.1-spa.pdf
- Pan American Health Organization. (2016). Framework for the Implementation of a Telemedicine service. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28414/9789275119037_eng.pdf
- Portz, J., Bayliss, E., Bull, S., Boxer, R., Bekelman, D., Gleason, K., & Czaja, S. (2019). Using the Technology Acceptance Model to Explore User Experience, Intent to Use, and Use Behavior of a Patient Portal Among Older

- Adults With Multiple Chronic Conditions: Descriptive Qualitative Study. *J Med Internet Res*, 21(4). <https://www.jmir.org/2019/4/e11604/>
- Putievsky, N., Barret, O. E., Barkai, G., Pessach, I., & Zimlichman, E. (2021). Inpatient Telemedicine and New Models of Care during COVID-19: Hospital Design Strategies to Enhance Patient and Staff Safety. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), pp.1-16. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/16/8391>
- Rennert, M., Leal, J., Xuan, N., Lang, E., Dowling, S., Manns, B., & Ronksley, P. (2021). The impact of COVID-19 on hospital admissions and emergency department visits: A population-based study. *PLOS ONE*, 16(6). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0252441>
- Saavedra, S. (2021). Intervención de las TICs en redefinición de atención externa en Hospital II-2 Tarapoto en épocas de pandemia Covid 19. *Revista Científica De Sistemas E Informática*, 1(1), pp.58-68. <http://revistas.unsm.edu.pe/index.php/rcsi/article/view/120/71>
- Schwamm, L. (2014). Telehealth: Seven Strategies To Successfully Implement Disruptive Technology And Transform Health Care. *Health Affairs*, 33(2). <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2013.1021>
- Silva, I., Da Silva, P., & Silva, A. (2020). Coronavirus pandemic in light of nursing theories. *Revista Brasileira Enfermagem*, 73(2), pp.1-5. <https://www.scielo.br/j/reben/a/w6VYMmtGbxkyqW9v4rKTfVy/?format=pdf&lang=en>
- Sutton, E., Herbert, G., Burden, S., Lewis, S., Thomas, S., Ness, A., & Atkinson, C. (2018). Using the normalization process theory to qualitatively explore sense-making in implementation of the enhanced recovery after surgery programme: "it's not rocket science". *PLoS ONE*, 13(4), pp. 1-14. https://research-information.bris.ac.uk/ws/portalfiles/portal/160638832/final_version.pdf
- Snowell, C., Stringer, H., Taylor, M., Caffery, L., & Smith, A. (2021). An overview of the effect of telehealth on mortality: A systematic review of meta-analyses.

Journal of Telemedicine and Telecare, 0(0), pp.1-10.
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1357633X211023700>

Van Rijnsoever, F. (2017). (I Can't Get No) Saturation: A simulation and guidelines for sample sizes in qualitative. *PlosOne*.
<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0181689&type=printable>

Villanueva, R., Dominguez, R., Salazar, M., y Cuba, M. (2020). Respuesta del primer nivel de atención de salud del Perú a la pandemia COVID-19. *Anales de la facultad de medicina*, 81(03), pp.337-341.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832020000300337&lng=es&nrm=iso

Wagner, N., Tesdall, T., & Wood, F. (2021). Implementation of Telehealth: Normalization Process Theory and NoMAD-Ex. *The Journal for Nurse Practitioners*, pp.1-3.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1555415521002701>

ANEXOS

Anexo 1.

Matriz de operacionalización de variables

Tabla 13

Operacionalización de variables

Variables de Estudio	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de Medición
<p>VI:</p> <p>Estrategias de atención en telemedicina</p>	<p>Las estrategias de atención en telemedicina según Gajrawala & Pelkowski (2021) cubren todos aquellos aspectos como la educación médica, monitoreo remoto de pacientes, consulta de pacientes mediante videoconferencia, aplicaciones de salud inalámbricas y transmisión de imágenes e informes médicos.</p>	<p>La variable se medirá en base a una ficha de registro que evaluará la estratificación del riesgo, evaluación, la atención</p>	<p>Estratificación de riesgo</p> <p>Pruebas de evaluación</p>	<p>El 4C (Coronavirus Clinical Characterisation Consortium) Mortality Score incluye 8 variables valoradas en el momento de la internación: sexo, edad, número de comorbilidades, frecuencia respiratoria, saturación periférica de oxígeno, nivel de conciencia y niveles séricos de urea y de proteína C-reactiva (PCR).</p> <p>CRB 65 -</p> <p>BIOMARCADORES</p> <p>Q-SOFA -</p> <p>Escala Conciencia, Presión Arterial y Frecuencia Respiratoria</p> <p>NEWS-2 COVID 19 -</p> <p>Puntuación de predicción de riesgos para pacientes con COVID 19</p> <p>FRAIL -</p>	<p>Presenta / no presenta</p>

VD:
Prevención de mortalidad de pacientes COVID-19

Se define como el conjunto de actividades orientadas al control, relevamiento, estímulo, asistencia, acompañamiento y vigilancia del cumplimiento de medidas a fin de reducir los perjuicios o remediar los daños ocasionados por la enfermedad.
(Organización Mundial de la Salud, OMS, 2020).

médica y el seguimiento y monitoreo.

La variable se medirá en función de una ficha de registro que mida el grado de afección, las comorbilidades, pronóstico y la adherencia al tratamiento.

Atención médica

Monitoreo y seguimiento

Grado de afección

Comorbilidad

Factores de Riesgo
VGI -Valoración Geriátrica Integral
Brescia-COVID -
Escala de Severidad Respiratoria Modificada
Visita domiciliaria
. Entrega del KIT
Folleto educativo
Revalorizar con resultados (teleconsulta)
Seguimiento telefónico diario
bajo (<59 años, asintomáticos, sin comorbilidad, pcr-pendiente)
Medio (<59 años, 1 síntoma o síntomas leves, sin comorbilidad, pcr.pendiente)
Alto (>60 años, 1 o más síntomas, con comorbilidad, pcr-pendiente)
Muy Alto (>60 años, 1 o más síntomas, con comorbilidad, pcr-positivo)
Enfermedades
(Vasculares, Pulmonares, Diabetes, VIH, Autoinmune, oncológicas, renales)
Uso prolongado de medicamentos
Consumo de sustancias tóxicas

Síntomas atípicos

>60 años

Grave

Moderado

Leve

Pronostico

Recuperado

Recuperado con secuelas

Fallecido

Aislamiento

Adherencia al
tratamiento

Medicación

Internamiento

Registro y control del paciente

Anexo 2. Autorización de institución



AUTORIZACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PARA PUBLICAR SU IDENTIDAD EN LOS RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES

Datos Generales

Nombre de la Organización:	RUC: 20602059261
EXPERTTA SALUD S.A.C.	
Nombre del Titular o Representante legal:	
Nombres y Apellidos CAMILO NICOLÁS BUELVAS GOMEZ	CE N° 001393652,

Consentimiento:

De conformidad con lo establecido en el artículo 7º, literal "f" del Código de Ética en Investigación de la Universidad César Vallejo (*), autorizo [X], no autorizo [] publicar LA IDENTIDAD DE LA ORGANIZACIÓN, en la cual se lleva a cabo la investigación:

Nombre del Trabajo de Investigación	
Estrategias de atención en telemedicina para prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos en Expertta Salud, 2021	
Nombre del Programa Académico: Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud	
Autor: Nombres y Apellidos Rosa Andrea del Pilar Morales Gonzáles	DNI: 41557088

En caso de autorizarse, soy consciente que la investigación será alojada en el Repositorio Institucional de la UCV, la misma que será de acceso abierto para los usuarios y podrá ser referenciada en futuras investigaciones, dejando en claro que los derechos de propiedad intelectual corresponden exclusivamente al autor (a) del estudio.

Lugar y Fecha:

EXPERTTA SALUD SAC

CAMILO NICOLÁS BUELVAS GOMEZ
Gerente General

Firma: _____
(Titular o Representante legal de la Institución)

(*) Código de Ética en Investigación de la Universidad César Vallejo-Artículo 7º, literal " f " Para difundir o publicar los resultados de un trabajo de investigación es necesario mantener bajo anonimato el nombre de la institución donde se llevó a cabo el estudio, salvo el caso en que haya un acuerdo formal con el gerente o director de la organización, para que se difunda la identidad de la institución. Por ello, tanto en los proyectos de investigación como en los informes o tesis, no se deberá incluir la denominación de la organización, pero sí será necesario describir sus características.

Anexo 3: Acuerdo de confidencialidad.

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Conste por el presente documento el Acuerdo de Confidencialidad que celebran:

- **EXPERTTA SALUD SAC**, con RUC N° 20602059261, con domicilio legal en Av. Arica N° 628, Piso 4, distrito de Miraflores, provincia y departamento de Lima, debidamente representada por su gerente general señor **CAMILO NICOLAS BUELVAS GOMEZ**, identificado con CE N° 001393652, facultado según poder inscrito en la **partida N° 13623154**, del Registro de Personas Jurídicas de la Oficina Registral de Lima, a quien en adelante se le denominará "**LA EMPRESA**" y,
- **ROSA ANDREA DEL PILAR MORALES GONZÁLES**, con DNI 41557088, con domicilio en Jirón La Libertad 3892, distrito de San Martín de Porres, provincia y departamento de Lima, a quien en adelante se le denominará como tal; en conjunto "**LAS PARTES**"; de conformidad con las siguientes estipulaciones:

CLÁUSULA PRIMERA: Antecedentes


LAS PARTES se encuentran interesadas en intercambiar información y referencias con el siguiente fin:

Título de Investigación: **Estrategias de atención en telemedicina para prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos en Expertta Salud, 2021**

Objetivos de Investigación:

- **Objetivo general:** Determinar la incidencia entre las estrategias de atención en telemedicina y la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, 2021
- **Objetivos específicos:**
 - Determinar la incidencia entre la estratificación de riesgo y la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos en Expertta Salud, 2021
 - Conocer la incidencia entre las pruebas de evaluación en telemedicina y la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos en Expertta Salud, 2021
 - Identificar la incidencia entre la atención médica en telemedicina y la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos en Expertta Salud, 2021
 - Determinar la incidencia entre el monitoreo y seguimiento en telemedicina y la prevención de mortalidad de pacientes COVID-19, atendidos en Expertta Salud, 2021.

Con tal motivo declaran que se encuentran en posibilidad de recibir una de la otra o de sus directores, empleados, agentes, contratistas, consultores, abogados, asesores financieros (en adelante, todos ellos, "los Representantes"), información de naturaleza reservada y confidencial para el uso por LAS PARTES y de sus Representantes respecto de información financiera, legal, comercial y técnica relativa a cada una de las PARTES, sus vinculadas y a sus Clientes; en adelante (la "INFORMACIÓN CONFIDENCIAL") cuya divulgación o utilización inadecuada puede producir graves perjuicios para LAS PARTES.

En tal sentido, LAS PARTES declaran que desean proteger el secreto de tal información de acuerdo a los términos de este Acuerdo. 

LAS PARTES convienen en definir como Clientes a todas aquellas personas jurídicas o naturales que a la fecha de suscripción del presente Acuerdo mantienen una relación comercial con cualquiera de LAS PARTES o sus vinculadas.

CLÁUSULA SEGUNDA: Definición de Información Confidencial

Las PARTES convienen en precisar que la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, consiste en toda información que esté relacionada, con proyecciones, contratos, datos técnicos, información del negocio, documentos, software, productos, proyectos, operaciones, procesos, planes de adquisición, planes operativos, datos, registros, convenios, acuerdos de asociación, planes de mercado, información comercial y financiera, información relacionada con Clientes y empresas vinculadas, entre otros tipos de información, a que cualquiera de LAS PARTES tenga acceso durante las reuniones, conferencias telefónicas y otras formas de comunicación que mantengan.

La INFORMACIÓN CONFIDENCIAL deberá ser tratada por LAS PARTES en cumplimiento de la normativa para la Protección de Datos Personales y de acuerdo a la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, en lo que resulte aplicable, sin perjuicio de las disposiciones contenidas en este documento.

Se considera como violación de secretos y, por tanto, conducta desleal, e incumplimiento a este Acuerdo, si alguna de las partes divulga o explota sin autorización la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL a la que se tendrá acceso legítimamente, pero con deber de reserva.

CLÁUSULA TERCERA:

LAS PARTES se obligan a:

- a) Conservar con carácter de confidencial y mantener en reserva la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, sin divulgarla, ni entregarla, directa o indirectamente a terceros, sean personas naturales o jurídicas;
- b) Utilizar la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL únicamente para los fines acordados en este Acuerdo.
- c) No revelar total ni parcialmente la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL y/o cualquier otra información obtenida como consecuencia directa o indirecta de la suscripción del presente Acuerdo a terceros, sin el consentimiento escrito previo de las partes, aún cuando el tercero se encuentre obligado con alguna de las partes por un acuerdo de confidencialidad u otro similar.

Para los fines de este Acuerdo, la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL sujeta al presente Acuerdo no incluye aquella que presente al menos uno (1) de los enunciados que se enumeran a continuación:

- a. Ya es conocida por una Parte en forma no confidencial antes de su divulgación por la otra Parte;
- b. Es accesible al público sin acción de LA PARTE que la recibe;
- c. Es independientemente desarrollada por LA PARTE que la recibe o sus representantes sin referencia o contenido relacionado con la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL;

- d. Es revelada en cumplimiento de una orden judicial, de un requerimiento de una autoridad ejecutiva en ejercicio de sus funciones, de un órgano de control o dependencia de investigación disciplinaria, fiscal o administrativa y de las demás entidades públicas en ejercicio de una función y/o mandato legal. En este caso, la parte requerida a divulgar la información deberá comunicarlo a la otra parte de manera inmediata al requerimiento, para que pueda adoptar las medidas necesarias para cautelar su derecho a la privacidad. En todo caso, la parte requerida divulgará únicamente la información que haya sido expresamente indicada en el mandato respectivo.

CLÁUSULA CUARTA:

La INFORMACIÓN CONFIDENCIAL obtenida como consecuencia del acuerdo y cualquier otra información entregada, es propiedad única y exclusiva de la parte que la entrega.

Las Partes no otorgan ninguna garantía sobre la exactitud o carácter completo de la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL facilitada y no se comprometen a informar de los cambios que puedan producirse en dicha información.

En este sentido, las Partes no podrán reclamar a la otra Parte, a sus abogados, agentes, representantes, empleados, consejeros o accionistas cantidad alguna por razón del contenido de la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL suministrada. En consecuencia, las Partes tampoco asumen responsabilidad alguna por el contenido de la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL. Lo anterior se entiende sin perjuicio de que el acuerdo definitivo entre las Partes sobre la Colaboración incluya manifestaciones y garantías en cuanto a la información suministrada, en cuyo caso se estará a lo dispuesto en dicho acuerdo.

Ambas partes se comprometen a devolver o destruir con prontitud y a solicitud por escrito de cualquiera de ellas, la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, conforme al procedimiento establecido en la cláusula octava de este Acuerdo.

CLÁUSULA QUINTA: Requerimiento judicial y administrativo

De ser el caso que cualquiera de LAS PARTES, sus Representantes o cualquier otra persona a quien, de acuerdo de lo estipulado en este Acuerdo, LAS PARTES hayan suministrado Información, sea requerido administrativa o judicialmente para divulgar la misma, LAS PARTES deberán notificar previamente a su contraparte de dicho requerimiento dentro de las 48 horas de ocurrido éste (salvo prohibición judicial expresa) a efectos de permitir la adopción de acciones legales correspondientes a fin de cautelar sus respectivos derechos, sin perjuicio de cumplir con el mandato judicial o administrativo.

CLÁUSULA SEXTA: Contacto con Clientes

LAS PARTES se comprometen a no mantener ningún tipo de contacto directo o indirecto con los Clientes de su contraparte o de sus vinculadas. En este sentido, cualquier información que LAS PARTES requieran en el marco del presente Acuerdo, deberán solicitarla directamente a su contraparte.

CLÁUSULA SÉPTIMA: Plazo y resolución del presente Acuerdo

La obligación de confidencialidad del presente Acuerdo terminará a los 10 años contados a partir de la suscripción del Acuerdo, o por cualquier otra razón que determinen por mutuo acuerdo LAS PARTES, de formar posterior a la celebración del Acuerdo.

CLÁUSULA OCTAVA: Devolución de Información

En cualquier caso, en que se deje sin efecto el Acuerdo y/o que llegue a su término, ambas partes se devolverán y/o destruirán la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, por lo que la parte receptora deberá devolver la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL (incluyendo cualquier copia de la misma que pudiera estar su poder o se sus representantes, empleados y/o asesores) a la parte divulgadora o destruirla en presencia de un funcionario o trabajador designado por la parte divulgadora, a criterio de ésta, dentro de los diez (10) días hábiles de recibido el requerimiento. Se exceptúa de esta obligación la información que en aplicación de la regulación vigente LAS PARTES estén obligadas de mantener.

CLÁUSULA SEXTA:

LAS PARTES acuerdan que:

- a) Si cualquier disposición del Acuerdo fuere declarada nula, ineficaz, inexistente, inoponible o de cualquier forma inejecutable por cualquier autoridad competente, dicha sanción no afectará las demás estipulaciones del Acuerdo y, en consecuencia, las demás disposiciones no afectadas por la sanción continuarán en pleno efecto y vigor.
- b) La omisión por cualquiera de LAS PARTES de requerir en un momento dado el cumplimiento de alguna de las disposiciones del Acuerdo, no podrá ser interpretada como una renuncia a exigir el cumplimiento posterior por la otra parte de dicha disposición.
- c) El Acuerdo constituye el acuerdo total de LAS PARTES intervinientes, en relación con el objeto en él regulado, por lo que deja sin efecto cualquier otro acuerdo verbal o escrito o de cualquier otra naturaleza celebrado con anterioridad, en relación con el mismo objeto.
- d) LAS PARTES expresamente reconocen que el Acuerdo ha sido acordado de manera libre, así como consciente.

CLÁUSULA SÉPTIMA:

Cada una de LAS PARTES manifiesta y le garantiza a su contraparte que:

- a) Tiene el poder y la autoridad requerida para suscribir el Acuerdo y cumplir las obligaciones emanadas del mismo. La suscripción del Acuerdo y el cumplimiento del mismo han sido debidamente aprobadas y autorizadas por cada una de LAS PARTES.
- b) La suscripción del Acuerdo y el cumplimiento del mismo no incumplen ni violan los estatutos, sentencia judicial o ley a los que estén sujetas LAS PARTES o se apliquen a ellas.
- c) No está obligada a obtener permiso, autorización, o aprobación de ninguna autoridad gubernamental o de vigilancia, ni está obligada a hacerles notificación alguna en relación con la suscripción y el cumplimiento del Acuerdo. Salvo las disposiciones que resulten aplicables de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento.

CLÁUSULA OCTAVA:

El Acuerdo no podrá ser cedido por ninguna de LAS PARTES sin contar con la previa y escrita autorización de la otra.

CLÁUSULA NOVENA: Propiedad

Toda INFORMACIÓN CONFIDENCIAL revelada por LAS PARTES con arreglo del presente acuerdo continúa siendo de propiedad de cada una, y será devuelta inmediatamente por la parte receptora de la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL una vez concluido o realizado el trabajo o la actividad que motivó su revelación, sin que sea necesaria la previa recepción de una petición.

LAS PARTES se comprometen a no apropiarse de la INFORMACIÓN CONFIDENCIAL para utilizarla comercialmente en beneficio propio o de terceros; asimismo, se comprometen a no reproducirla, transformarla ni usarla en general, de manera distinta a la que sea precisa para el desarrollo del objeto del Acuerdo y los acuerdos complementarios a los que puedan llegar las partes.

En ninguna circunstancia podrá interpretarse ni entenderse que la entrega o revelación de la Información por parte de LAS PARTES, concede u otorga licencia o derecho de propiedad intelectual alguno sobre la Información, excepto el derecho a utilizar la Información conforme a los términos y finalidades de este Acuerdo.

CLÁUSULA DÉCIMA:

El Acuerdo se regirá por las leyes de la República del Perú, y en especial por las disposiciones contenidas en el Código Civil y por las demás normas que le sean aplicables.

En el Acuerdo, LAS PARTES acuerdan y se comprometen a realizar esfuerzos razonables para resolver amigablemente cualquier discrepancia, desacuerdo, cuestión de responsabilidad, reclamación o controversia emergente o relacionada, directa o indirectamente, con lo señalado en el presente Acuerdo. Si LAS PARTES no logran un acuerdo amigable en el plazo de quince (15) días hábiles computables a partir de la fecha en que cualesquiera de las partes notifiquen a la otra su intención de solucionar alguna discrepancia, desacuerdo, cuestión, reclamación o controversia, las partes convienen que las mismas serán resueltas mediante un arbitraje de derecho a través de un tribunal arbitral conformado por tres (3) miembros, los cuales deberá ser abogados profesión. Cada una de las Partes designará a un árbitro y el tercero será elegido por los dos árbitros designados. El procedimiento arbitral se llevará a cabo conforme a las reglas del Centro Arbitraje de la Cámara de Comercio de Lima (en adelante "EL CENTRO"), y se sujetará a las normas y reglamentos de EL CENTRO.

El lugar del arbitraje será la ciudad de Lima, República del Perú. El arbitraje se llevará a cabo en idioma español, será de derecho y las leyes aplicables serán las leyes de la República del Perú. El laudo arbitral es definitivo e inapelable. La duración del arbitraje no será superior a tres (3) meses. Los gastos que demande el arbitraje serán de cuenta de la parte vencida.

Todo aquello que se encuentre relacionado con el convenio arbitral y/o arbitraje que no se encuentre regulado por la presente cláusula, se regirá por lo dispuesto por el Decreto Legislativo N° 1071, sus modificatorias o sustitutorias. Sin perjuicio del convenio arbitral establecido, LAS PARTES se someten a los jueces y tribunales del Distrito Judicial de



Lima para efectos de cualquier intervención supletoria del Poder Judicial expresamente señalada en la Ley General de Arbitraje, sus modificatorias o sustitutorias.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA:

Es política de LAS PARTES contratar únicamente con personas que cumplan con las leyes, reglamentos y requisitos administrativos aplicables a los negocios desarrollados tanto en el Perú como en otras jurisdicciones en las que opera. Por tal razón, LAS PARTES exigen a las personas con las que contrata observen, además de las leyes, reglamentos y requisitos indicados, los más altos niveles éticos, en las etapas de suscripción y ejecución del contrato. Por lo tanto, LAS PARTES:

- a. Se obligan a no participar en actos de corrupción y/o soborno que puedan involucrar a cualquiera de LAS PARTES o que puedan ser considerados que brindan un beneficio ilegítimo a cualquiera de LAS PARTES.
- b. Se obligan a evitar influir en la decisión de funcionarios públicos a través del otorgamiento de beneficios personales con el propósito de obtener algún beneficio a nombre o a favor de cualquiera de LAS PARTES.
- c. Se obliga a no realizar pagos de facilitación por encargo o cuyo beneficio sea a favor de cualquiera de LAS PARTES.
- d. LAS PARTES están obligadas a no otorgar beneficios personales a funcionarios de otras entidades privadas con quienes sea necesario tratar si se tiene evidencia o sospecha que las decisiones de dicho funcionario obedecen a algún beneficio personal distinto al beneficio de la entidad que representa.
- e. Se obligan a informar cualquier conducta desleal o propuesta por parte de algún colaborador de cualquiera de LAS PARTES que no se encuentre alineado a la presente política.
- f. Asegura no tener entre sus representantes a un funcionario público ni relacionados con alguno; en caso se encuentre en alguno de estos casos, deberá informarlo a la unidad de Cumplimiento.
- g. Acepta que en caso se demuestre que ha incurrido en una conducta impropia o que haya incumplido normas aplicables respecto a anticorrupción, LAS PARTE afectada podrá resolver el contrato unilateralmente sin necesidad de aviso previo.
- h. Acepta que en caso realice algún acto en contra de lo dispuesto en las normas contra la corrupción y soborno y generen reclamos, denuncias, pérdidas o daños productos de su actuación a cualquiera de LAS PARTES, LA PARTE culpable cumplirá con pagar la indemnización correspondiente.
- i. Adoptar las medidas adecuadas para informar a su personal respecto a las condiciones de esta.

CLAUSULA DECIMO SEGUNDA:

LAS PARTES declaran expresamente que:

- a) Conocen la legislación y regulación aplicables al Sistema de Prevención del Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo y manifiestan que los recursos que el origen de sus fondos, destinados a la ejecución del presente Contrato, no provienen de lavado de



activos, narcotráfico, captación ilegal de dinero y en general cualquier actividad ilícita; de igual manera manifiesta que los recursos recibidos en el desarrollo de este Contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descrita.

- b) Se obligan a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos sus socios, administradores, clientes y proveedores, y los recursos de estos, no se encuentran relacionados o provengan de cualquier actividad ilícita, particularmente de las anteriormente enunciadas.
- c) No han sido condenadas por la comisión del delito de lavado de activos y/o delitos conexos ni encontrarse incurso en una investigación por tales delitos de tipo policial, fiscal o judicial. Obligándose a comunicar por escrito el inicio de una investigación de tipo policial, fiscal o judicial que se lleve en su contra por la presunta comisión del delito de lavado de activos o delitos conexos, dentro del plazo de treinta (30) días calendario de conocido el inicio de tal investigación.

CLAUSULA DECIMO TERCERA: Incumplimiento

En caso cualquiera de LAS PARTES incumpla con cualquiera de las obligaciones asumidas en el presente Acuerdo, deberá pagar a su contraparte una suma equivalente al monto que correspondería por daño emergente y lucro cesante por los daños que hubiera ocasionado a ésta, a sus vinculadas o a sus Clientes, sin perjuicio de las demás responsabilidades señaladas en el Código Civil.

CLAUSULA DECIMO CUARTA: Domicilios

- LAS PARTES señalan como sus domicilios para efectos del presente Acuerdo los señalados en la parte introductoria de este documento, lugar en el que se tendrán por hechas las notificaciones que se envíen.
- Cualquier cambio de domicilio deberá ser comunicada a la otra Parte por lo menos con treinta (30) días calendario de anticipación.

Se firma en dos (02) ejemplares originales e idénticos, en la ciudad de Lima, a los 21 días del mes de diciembre de 2021.



ROSA ANDREA DEL PILAR MORALES GONZÁLES
DNI 41557088

EXPERTA SALUD SAC



CAMILO NICOLÁS BUELVAS GÓMEZ
Gerente General

**Anexo 4:
Evidencias de trabajo estadístico.**

Estrategias_de_atencion_en_telemedicina_^Prevencion_de_mortaliad_ tabulación cruzada						
			Prevencion_de_mortaliad_			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Estrategias_de_atencion _en_telemedicina_	Deficiente	Recuento	31	30	6	67
		% del total	17,2%	16,7%	3,3%	37,2%
	Regular	Recuento	16	77	20	113
		% del total	8,9%	42,8%	11,1%	62,8%
Total		Recuento	47	107	26	180
		% del total	26,1%	59,4%	14,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	22,697 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	22,304	2	,000
Asociación lineal por lineal	17,811	1	,000
N de casos válidos	180		

Estratificacion_del_riesgo_ *Prevencion_de_mortaliad_ tabulación cruzada

			Prevencion_de_mortaliad_			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Estratificacion_del_riesgo_	Deficiente	Recuento	15	18	1	34
		% del total	8,3%	10,0%	0,6%	18,9%
	Regular	Recuento	32	89	25	146
		% del total	17,8%	49,4%	13,9%	81,1%
Total		Recuento	47	107	26	180
		% del total	26,1%	59,4%	14,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9,343 ^a	2	,009
Razón de verosimilitud	10,162	2	,006
Asociación lineal por lineal	9,262	1	,002
N de casos válidos	180		

a. 1 casillas (16.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4.91.

Pruebas_de_evaluacion*Prevencion_de_mortaliad_ tabulación cruzada

			Prevencion_de_mortaliad_			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Pruebas_de_evaluacion	Deficiente	Recuento	33	82	20	135
		% del total	18,3%	45,6%	11,1%	75,0%
	Regular	Recuento	14	25	6	45
		% del total	7,8%	13,9%	3,3%	25,0%
Total		Recuento	47	107	26	180
		% del total	26,1%	59,4%	14,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	45,904 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	34,201	2	,000
Asociación lineal por lineal	15,696	1	,000
N de casos válidos	180		

Atencion_medica_ 'Prevencion_de_mortaliad_ tabulación cruzada

			Prevencion_de_mortaliad_			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Atencion_medica_	Deficiente	Recuento	27	25	1	53
		% del total	15,0%	13,9%	0,6%	29,4%
	Regular	Recuento	20	82	25	127
		% del total	11,1%	45,6%	13,9%	70,6%
Total		Recuento	47	107	26	180
		% del total	26,1%	59,4%	14,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	27,845 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	29,264	2	,000
Asociación lineal por lineal	26,645	1	,000
N de casos válidos	180		

Monitoreo_y_seguiamiento_ 'Prevencion_de_mortaliad_ tabulación cruzada

			Prevencion_de_mortaliad_			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Monitoreo_y_seguiamie o_	Deficiente	Recuento	25	25	7	57
		% del total	14,0%	14,0%	3,9%	32,0%
	Regular	Recuento	21	82	13	116
		% del total	11,8%	46,1%	7,3%	65,2%
	Eficiente	Recuento	0	0	5	5
		% del total	0,0%	0,0%	2,8%	2,8%
Total		Recuento	46	107	25	178
		% del total	25,8%	60,1%	14,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	45,904 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	34,201	4	,000
Asociación lineal por lineal	15,696	1	,000
N de casos válidos	178		