

## Implementación de programa de innovación social para la atención integral en salud de pacientes y familiares afectada por la pandemia de COVID-19 y el confinamiento en el departamento de Córdoba

---

**Autores:** Castellanos Ramos, Carolina\*; Torres Tovia, Juan Manuel; Rueda Mora, Ricardo Camilo Andrés; Espitia Novoa, Leidy

**Contacto:** \*carolinacastellanos@unisinu.edu.co

**País:** Colombia

### Resumen

El número de enfermos con necesidad de atención hospitalaria por la emergencia sanitaria generada por el COVID-19 en Colombia, específicamente en el Departamento de Córdoba, llevo, la infraestructura de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y los profesionales de salud casi a un colapso, hecho que generó un verdadero problema desde el punto de vista de salud pública, tanto física como psicológica e impacto negativo a nivel económico y social en la población en general. El advenimiento de la pandemia generó la necesidad de innovar en la prestación de los servicios por el distanciamiento social, la rápida propagación del virus y el aumento de la morbimortalidad.

Por lo anterior se desarrolla, un modelo de innovación social tecnológico que integra protocolos para la prevención, atención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y atención biopsicosocial a pacientes y su núcleo familiar. El modelo implicó evaluar las secuelas del COVID-19, elaborar protocolos de atención integral y generar un desarrollo tecnológico con adaptación de protocolos de atención integral a la atención virtual y a las herramientas medicas tecnológicas para garantizar la calidad y la accesibilidad al total de los servicios de salud, tales como prevención, promoción, diagnóstico, rehabilitación de pacientes COVID y no COVID durante y después del contagio, a su vez la utilización para acompañar psicológicamente a los familiares de los pacientes enfermos y de los fallecidos.

**Palabras claves:** innovación social; telemedicina; protocolos de salud; gestión en salud pública.

### 1. Introducción

Frente a la pandemia los habitantes del Departamento de Córdoba tenían menor posibilidad de acceder a la red hospitalaria que en otros departamentos colombianos por su oferta hospitalaria limitada, frente al estándar nacional y además por una menor presencia de profesionales especializados en el área. Todo este panorama se agudizó por la pandemia generada por el COVID-19 hecho que aumentó el número de consultas externas, urgencias vitales y hospitalizaciones en cuidados intensivos e intermedios, llegando a sobre pasar los límites de la capacidad instalada.

El medio de transmisión del virus y su rápido contagio, llevo al sistema tradicional de salud a presentar dificultades para atender no solo a los pacientes infectados con COVID sino también a pacientes con enfermedades crónicas e infecciosas no COVID, a disminuir la asistencia de los pacientes al programa de promoción y prevención de enfermedades y a las terapias de rehabilitación, el problema agudizó hasta tal punto que, el sistema tradicional de atención colapso.

La implementación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el sistema de salud a partir de un programa de innovación social abre una posibilidad importante de atención de

integral y de calidad, garantizando la atención, descongestionando las urgencias, las consultas externas y posibilitando a los habitantes acceso a los servicios de prevención, promoción, atención, diagnóstico y rehabilitación, sin salir de casa y exponerse al contagio por cualquier enfermedad viral.

Córdoba, es uno de los 32 Departamento Colombia, su capital es Montería, está ubicado al norte del país, en la región Caribe, limitando al norte con el mar Caribe (océano Atlántico), al este con Sucre y Bolívar, y al sur y oeste con Antioquia. Nuestro departamento se encuentra situado en el norte del país, en la región de la Llanura del Caribe, cuenta con una superficie de 25.020 km<sup>2</sup>.

La dinámica poblacional del Departamento de Córdoba se encuentra distribuida entre la población urbana, 937.319 (52,5%) y centro poblado y rural disperso 847.464 (47,5%). La población que se asienta en la zona urbana es la que se beneficia directamente de los servicios de salud. No obstante, la situación social del departamento agrava la respuesta de atención, puesto que una alta proporción de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) 51,6%, se encuentra ubicada en los centros poblados y rural disperso, por su parte la zona urbana presenta el 21,7% (DANE, 2018).

Según el Departamento administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2018) la población aproximada en Colombia es de 48.258.494, de ellos el 51,2% son mujeres, y el 48,8% son hombres. Según los resultados comparativos 2005 y 2018 años de los censos, la población colombiana está envejeciendo. En 2005 la población de 0 a 14 años era de 30,7 % en 2018 bajo a 22,6%; el rango de edad comprendido entre 15 y 64 en 2005 era de 63,0% en 2018 aumento a 68,2% y la población mayor de 65 años, paso de 6,3% en 2005 al 9,1% en 2018. Esto marca un crecimiento cercano al 50%. En el Departamento de Córdoba, el número de personas mayor de 59 años es de 174.554 correspondiente a un 10% del total de la población. De acuerdo con estas cifras la población de adulto mayor va en aumento.

La pirámide poblacional de Córdoba es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para 2019, comparado con 2005; los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios, 20 a 34 años, y a medida que avanza la edad, se evidencia el estrechamiento que representa a la población adulta mayor, además del aumento en la mortalidad (DANE,2018).

Según cifras reportadas en el Plan de Desarrollo del Departamento de Córdoba 2020- 2023 para el año 2018 la población afiliada al régimen subsidiado fue del 98,7 %, frente al Régimen contributivo con el 17,2 % lo que significa que el aseguramiento de la salud le corresponde al Estado, para este caso a los entes territoriales en cabeza del Departamento garantizar por un lado, en el ejercicio y el mantenimiento de la salud de la población, incluyendo tareas de prevención, y por el otro lado, en el control de las enfermedades y en el despliegue de un trabajo especial orientado a la erradicación de estas.

Los habitantes del Departamento tienen la posibilidad de acceder a una red pública a través de 1.147 prestadores de servicios de salud de los cuales 31 son Empresas Sociales del Estado (ESE) de estas, 4 son hospitales de mediana complejidad y 27 de primer nivel de atención o baja complejidad que cubren los 30 municipios del Departamento, el municipio de San José de Ure cuenta con ESE en construcción. De los cuales 31 están habilitadas. La oferta Hospitalaria es de 1,29 camas por 1000 habitantes, mostrando una brecha de 0,94, frente al estándar nacional de 2,23 (Gobernación de Córdoba 2020, p.77). Asimismo, en Colombia para el año 2017 el número de profesionales de la salud fue aproximadamente de

323.039 de acuerdo con datos del Observatorio de Talento Humano en Salud, registrando el departamento de Córdoba una densidad inferior de profesionales en la salud en comparación con otros depar-

tamentos (Minsalud, 2018). Estas cifras de cobertura son bajas con relación al total de población cordobesa, lo que implica inversión para asegurar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. De acuerdo con el Plan de Desarrollo departamental 2020-2023, propenderá por fortalecer el Sistema de Salud, con medidas preventivas y curativas para toda la población, según lo recomienda la OMS. En este sentido, trabajará en adecuación y construcción de infraestructura, fortalecimiento del talento humano y general en el mejoramiento continuo de los sistemas de salud (p.15).

Por otra parte, el departamento de Córdoba viene afrontando diversas problemáticas que afectan el bienestar y la salud mental de los Cordobeses y la presente situación puede acrecentar, trayendo múltiples consecuencias. Una de estas problemáticas es la violencia, los datos de Medicina Legal de 2018, muestran que en el Departamento de Córdoba se presentaron 277 homicidios, 512 casos de violencia de pareja, 40 de suicidios, 68 casos de violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes, y 22 hacia los adultos mayores. Pese a que, en relación con el resto del país, éstas se encuentran dentro de las tasas más bajas, no deja de ser preocupante, y requiere de intervención oportuna y pertinente. Algunas investigaciones han referido tendencia a experimentar síntomas de estrés postraumático, así como exacerbación de síntomas de depresión y ansiedad (Tavares, et. al., 2020).

A lo anterior se suma los múltiples problemas mentales que está generando la cuarentena o aislamiento obligatorio, por medio del cual se separa y restringe del movimiento de las personas que han estado potencialmente expuestas a una enfermedad contagiosa para determinar si se enferman, reduciendo así el riesgo de que infecten a otros (Centers for Disease Control and Prevention, (2017). Entre los efectos psicológicos de las cuarentenas se ha encontrada perturbación emocional, depresión estrés, mal humor, irritabilidad Insomnio, estrés (Brooks et al ,2020). Algunas investigaciones han referido tendencia a experimentar síntomas de estrés postraumático, así como exacerbación de síntomas de depresión y ansiedad (Duan y Zhu 2020).

La implementación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el ámbito de la salud para las poblaciones afectadas con COVID-19, con necesidades de atención físicas, psicológicas, nutricionales y de rehabilitación, con limitación de acceso geográfico, con distancia entre los puntos de atención, con tiempos prologados a la enfermedad, con dificultad para intercambiar atención presencial, con necesidad de protección de los profesionales de la salud y con el derecho de la atención integral de los pacientes, abre una larga lista de posibilidades dirigidas a la consecución de grandes beneficios para las familias, profesionales y entes gubernamentales.

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente se puede evidenciar las escasas estrategias para aumentar la cobertura de salud, lo que deja en riesgo el bienestar físico y psicológico de una gran parte de los cordobeses, situación que se ha visto aumentada por las diferentes consecuencias de la pandemia y las medidas para contrarrestarla, lo anterior generó la necesidad de fortalecer el sistema de salud del departamento, como una prioridad que demanda la utilización de diversas herramientas y nuevas tecnologías como alternativa para cubrir y solventar las necesidades del sistema de salud.

## 2. Metodología de investigación

El proceso metodológico para la implementación del programa de innovación social implicó: en primera instancia se evaluaron las secuelas del COVID-19 en la salud física y psicológica y bienestar de los pacientes y familiares y las prácticas promoción y prevención de 988 pacientes, en tanto; se aplicó instrumento<sup>1</sup>

---

1. Cuestionario adaptado de Yupari-Azabache, I. L., Díaz-Ortega, J., Rodríguez-Díaz, A. y Peralta-Iparraguirre, A. (2020).

de 46 preguntas asociadas a la temática estudiada en las categorías de evaluación del conocimiento de la enfermedad; actitud frente a los signos y síntomas del contagio del virus; buenas prácticas de prevención y promoción. En segunda instancia se elaboraron protocolos para prevención, atención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que integran la atención biopsicosocial de pacientes con COVID-19 y núcleo familiar para ser utilizados a través de la telemedicina y finalmente la generación e instalación de un modelo de sistema de Telemedicina con integración de los protocolos elaborados para atención integral de pacientes y núcleo familiar de COVID-19.

### 3. Resultados de investigación

En tanto, los resultados del objetivo de evaluar las secuelas del COVID-19 en la salud física y psicológica y bienestar de los pacientes y familiares y las prácticas promoción y prevención se encuentra que, de acuerdo con la información de datos expuesta en el boletín estadístico sobre el COVID-19 del Departamento de Córdoba y sus subregiones y con la información de datos abiertos Colombia, se obtuvo a fecha de 15 de diciembre de 2022, 122.090 casos totales de COVID-19. De los cuales 117.260 se recuperaron (1.9%) y 3.980 fallecieron. Según el Instituto Nacional de Salud (INS, 2022) la mayoría de los casos reportados afectados pertenecen a la población masculina con un 53.57% y en menor proporción a la población femenina con un 46,43%. Según la escala de edad, se reporta que, la población comprendida entre los 20 a los 39 años, tuvieron el mayor rango de contagio, mientras que la población infantil y adulto mayor refieren menor índice de contagio. En cuanto a la atención de los pacientes contagiados, el sistema de atención muestra que el 93.44% fue atendido en casa, mientras que el 0.77% en los hospitales.

El panorama infección respiratoria por COVID-19 en las subregiones del departamento en el año de 2020, muestro una marcada tendencia de mayor contagio en los municipios de la región del bajo Sinú, siendo Lorica el municipio con mayor cantidad de casos confirmados (1220); en la región del medio, el municipio de Cerete presento la mayor cantidad de contagiados con 2200; en la región de la Sabana, Sahagún se ubicó como el municipio de mayor número de casos con 1419; En la región de San Jorge, Montelíbano presento la mayor cantidad de casos con 1230; en la Región costanera Canalete presento 219 caso. En el año de 2021 la tendencia en cuanto a contagio marco la región del bajo Sinú, siendo Tierralta el municipio con mayor número de casos confirmado, 1490. En la región del centro, Lorica se destacó con un contagio de 4324 personas y en la región de la Sabana, Sahagún presento el mayor número de casos confirmados, con 4853. Finalmente, en el año 2022 el panorama cambio, siendo Montelíbano en la región de San Jorge con 2663 casos los que más presentaron reporte de contagios.

A manera de resumen se expone que, la tasa de mortalidad más alta con relación al contagio por COVID-19 la alcanzaron los municipios de Tierralta, Lorica, Montería, Canalete, Cerete, Sahagún, San Antero y Montelíbano. Los que presentaron el menor número de contagio fueron: Valencia, Chima, Cotorra, Momil, Purísima, Los Córdoba, Moñitos, Puerto Escondido, San Bernardo del Viento, Ciénega de Oro, San Carlos, San Pelayo, Chinú, San Andrés de Sotavento, Tuchin, Ayapel, Buenavista, La Apartada, Planeta Rica, Pueblo Nuevo, Puerto Libertador, San José de Uré.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los riesgos de contagio con el virus de la COVID-19 son más altos en la medida en que no se aplican las normas de bioseguridad expuestas como barreras para evitar el contagio por la enfermedad, entre ellas tenemos: Usar la mascarilla correctamente, cubrir la nariz, la boca y el mentón, lávese las manos antes de ponérsela, antes y después de quitársela y cada vez que la toque, quitarse la mascarilla y guárdela en una bolsa de plástico limpia y, a diario, lavarla si es de tela o

tírela a un cubo de basura, si es una mascarilla médica; mantenerse al menos 1 metro de distancia respecto de los demás, aunque no parezcan estar enfermos.

Evitar las aglomeraciones y el contacto directo; Lávese las manos frecuentemente con desinfectante para las manos a base de alcohol o con agua y jabón; Al toser o estornudar cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo. Desechar los pañuelos usados inmediatamente y lávese las manos cada cierto tiempo; Si presenta síntomas o da positivo en la prueba de COVID-19, aislarse hasta recuperarse; evitar las 3 “C”: espacios cerrados, congestionados o que entrañen contactos cercanos; reunirse al aire libre. Las reuniones al aire libre son más seguras que en interiores, en particular si los espacios interiores son pequeños y carecen de circulación de aire exterior; comer sano, hacer ejercicios, aseo del hogar constante.

Ciertamente, del análisis realizado en la población del Departamento de Córdoba en la categoría denominada “factor cultural”, se puede concluir que, frente a la pandemia generada por el COVID-19 la mayor parte de la población de pacientes y familiares encuestadas tuvo conocimiento sobre los síntomas, las formas de contagio, la enfermedad y las acciones a tomar con un porcentaje de 87%, 88,77, 86,27%, 85,57% respectivamente. Este resultado guarda coherencia con el análisis estadístico 2020, 2021 y 2022 realizado en el Departamento de Córdoba, en tanto, 23 municipios de los 30 (Valencia, Chima, Cotorra, Momil, Purísima, Los Córdoba, Moñitos, Puerto Escondido, San Bernardo del Viento, Ciénega de Oro, San Carlos, San Pelayo, Chinú, San Andrés de Sotavento, Tuchin, Ayapel, Buenavista, La Apartada, Planeta Rica, Pueblo Nuevo, Puerto Libertador, San José de Uré) el nivel cultural de conocimiento fue mayor en tanto, el número de contagios fue menor.

Caso contrario sucedió en 7 de los 30 municipios, la mortalidad fue más alta (Tierralta, Loricá, Montería, Canalete, Cereté, Sahagún, San Antero y Montelíbano) en tanto la población manifestó no tener conocimiento 2%, 2,6%, 2,9% y 1,6%.

Estas últimas cifras llaman la atención, pese a ser un bajo “porcentaje” 2,27%, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada persona contagiada puede transmitir el virus hasta 10 personas por minuto. De igual forma se resalta el resultado de 1,6% (n=16) de personas que no conoce que hacer frente a la enfermedad, representa un porcentaje alto para indicadores de mortalidad por el contagio del virus.

De igual forma sucede al analizar las buenas prácticas de alimentación de la población objeto de estudio residente en el departamento de Córdoba, se encontró que, el 54,56% (n=544) de la población manifestó estar completamente de acuerdo con alimentarse con comidas preparadas en casa. En cuanto a los que manifestaron estar de acuerdo, se encontró que, un 25,67% (n=256) personas afirmaron esta pregunta, así las cosas, se puede afirmar que el 80,23% (n=800) personas se alimentan con comidas preparadas en casa y el 19,74% (n=197) se ubica en la población que no sabe, está completamente en desacuerdo y en desacuerdo.

Como se detalló anteriormente, los municipios de Valencia, Chima, Cotorra, Momil, Purísima, Los Córdoba, Moñitos, Puerto Escondido, San Bernardo del Viento, Ciénega de Oro, San Carlos, San Pelayo, Chinú, San Andrés de Sotavento, Tuchin, Ayapel, Buenavista, La Apartada, Planeta Rica, Pueblo Nuevo, Puerto Libertador, San José de Uré, tuvieron menor mortalidad, en tanto se puede observar que pertenece más a la zona rural que a la urbana, y desde esta perspectiva la alimentación desde el punto cultural es más sana que la urbana.

De la categoría de actitudes frente a la pandemia de COVID-19 se concluye que, la población objeto de estudio, mostro una buena actitud ante el uso y aplicación de las normas de bioseguridad, frente a la desinfección de pisos y baños se halló que, el mayor porcentaje de la población 48,14% (n=480) afirmó estar

completamente de acuerdo con la buena práctica; ante la pregunta del uso de la mascarilla un porcentaje del 60,18% (n=600) respondió que está completamente de acuerdo. De igual forma sucede con las buenas prácticas de limpieza de los zapatos antes de entrar a la casa 59.47% (652) personas expresó estar completamente desacuerdo; ante el uso de alcohol o cloro para desinfectar las llaves y manijas el 27,98 % (n=279) expresaron que, están completamente de acuerdo con la buena práctica.

Después de analizar las respuestas de la población ante la pregunta de mantener la distancia de dos metros entre las personas, menos de la mitad de la población encuestada 49,54 % (n=494) se inclinó responder que si mantiene la distancia social de dos metros con otra persona y que el 50,44% (n=503) asegura no estar de acuerdo con esta práctica o simplemente no opina.

Prácticas como utilizar solo los cubiertos personales, fue tenida en cuenta por solo el 26,37% (n=263) la desinfección de las manos con alcohol con un 45,93% (n=458); la práctica más aceptada por la población fue la de lavar los alimentos antes de prepararlo con el 59,47% (n=593).

De acuerdo con las buenas prácticas sociales, se puede concluir que el 47,21% (n=466) de la población está completamente de acuerdo con el aislamiento como mejor opción para la propagación del virus. El mayor temor que tiene la población es el contagio por el virus, así lo expresó el 55,82% (n=551) quien consideró estar completamente de acuerdo con esta preocupación. La infección por coronavirus fue una conversación principal de un grupo de 42,24% (n=417) quienes manifestaron sostener estas conversaciones.

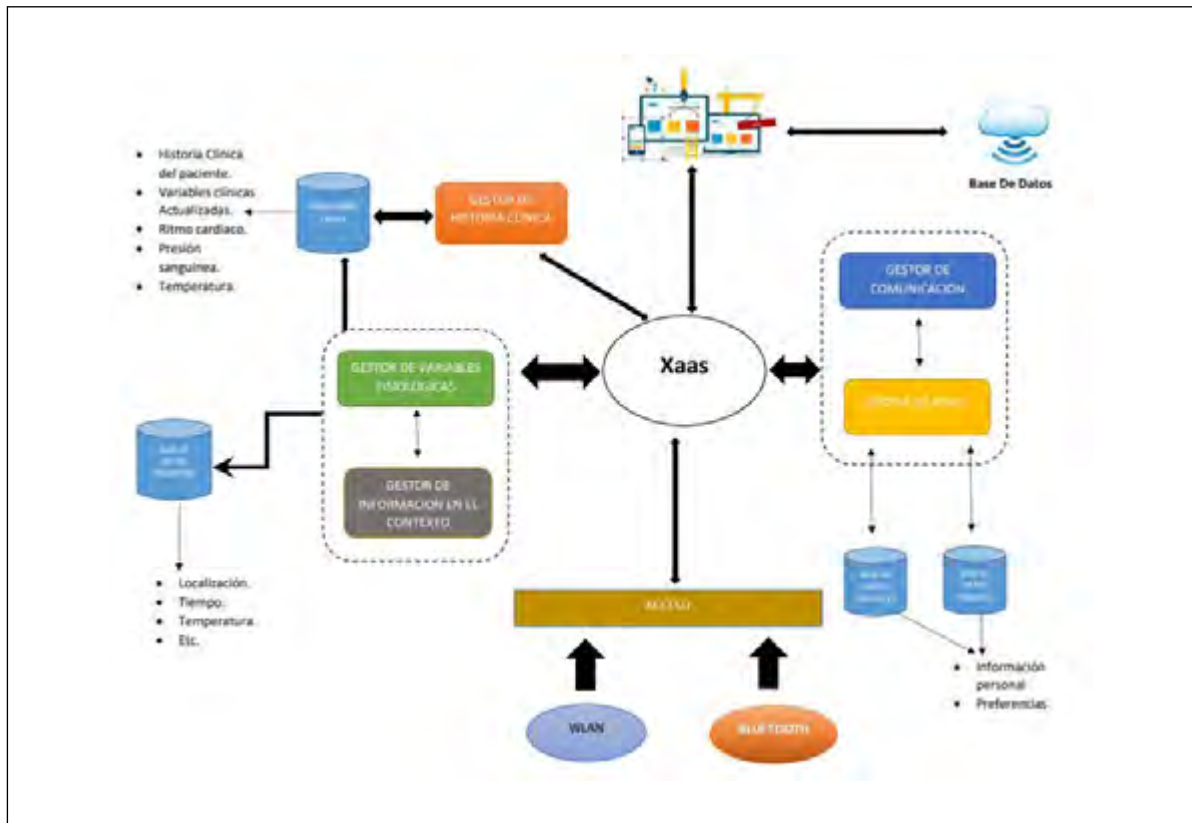
La prevención del contagio fue la estrategia principal el 41,94% (n=414) aplicada por la población; un porcentaje del 38,09% (n=376) de la población del departamento de Córdoba expresó que le tiene temor a la enfermedad. Se encuentra que la mayoría de la población 37,89% (n=374) considero que, los jóvenes no tienen que preocuparse porque el COVID-19 no los matará; Ante la pregunta se ha exagerado o no con la enfermedad del COVID-19 las personas respondieron que el 26,74% (n=264) de la población expreso estar completamente en desacuerdo.

Aunque la mayoría de las respuestas se orientaron hacia las buenas actitudes y prácticas ante la pandemia, un porcentaje mayor emerge si se tiene en cuenta que las respuestas marcadas en no opina, completamente en desacuerdo y en desacuerdo, al sumarlas alcanza la mitad de la población. Estas cifras y datos que son significativas para reflexionar y tener en cuenta en las campañas de promoción y prevención y en la elaboración de los protocolos.

La infección por COVID-19, es un problema social y especialmente de salud y tiene mucho que ver con la transgresión de la normas de bioseguridad y la cultura del autocuidado, de acuerdo con Guevara (2021) “la importancia de asumir la salud como derecho y deber social y la promoción de la salud como proceso que permita a los individuos y las comunidades desarrollar estrategias de aprendizaje para proteger su salud y actuar sobre sus determinantes sociales; igualmente, se destacan elementos de los procesos comunicacionales que se encuentran directamente relacionados con la promoción de la salud para orientar la vida de los ciudadanos (p.1).

El alcance del objetivo de diseñar e implementar la plataforma de salud integral, demandó la arquitectura de una plataforma multifuncional, la cual se presenta a continuación:

FIGURA 1. Arquitectura de la plataforma multifuncional



Fuente: Elaboración propia.

La plataforma atención integral en salud COVID-19 facilitará, a través de la utilización de avanzada tecnología en comunicaciones e informática, servicios para realizar consultas, diagnósticos, seguimiento de bajo riesgo a distancia y en tiempo real, minimizando los tiempos de atención de pacientes del primer nivel de atención. En una primera etapa el servicio de telemedicina se enfocará en facilitar tanto acceso a la información médica completa de los pacientes, cuando esta sea requerida, todo a través de internet.

Está basada su estructura en servicio XASS (Todo como servicio) y su base de datos en la nube flexibiliza la gestión de servicios convirtiéndola en una estructura multifuncional. De gestión de historia clínica ágil, nos brinda historia clínica del paciente, variables clínicas, presión sanguínea y como segunda gestión variables fisiológicas y gestor de información en el contexto para hacer un procesamiento en la base datos de los pacientes y como ultimo tenemos gestor en comunicación y de perfil donde se encuentra el tratamiento de datos de los usuarios para la creación de los roles de perfiles de los pacientes y personal médico.

La aplicación de apoyo a la telemedicina impulsará la labor que cumplen los consultorios de salud en municipios, facilitando a los usuarios el acceso a especialistas, evitando traslados innecesarios. Por lo tanto, el servicio de ofrecido cuya arquitectura de diseño se muestra en el gráfico, hará posible la optimización de los servicios de atención de telesalud apoyando la red de salud municipal, ahorrando costos en tiempo y dinero y facilitando el acceso a usuarios en zonas distantes.

#### 4. Discusión y análisis

Las prácticas de autocuidado en relación a la prevención de la Covid-19 han sido aceptadas y aplicadas en la mayor parte de la población sujeto de estudio, sin embargo, un número no menos importante de la población manifiesta no opinar o estar en desacuerdo con las prácticas de promoción y prevención, llevando consigo la falta de aplicación de normas y protocolos de bioseguridad, hecho que pudiera resultar en un grave problema de salud pública, por lo que la educación en protocolos o programas en la gestión del autocuidado a través de la telemedicina sería una herramienta de mucha importancia para hacer frente a la pandemia de Covid-19.

Ahora bien, según Omboni (2022), en relación con la telemedicina como estrategia para mitigar la propagación del coronavirus y propiciando el distanciamiento social, se ha investigado sobre los múltiples beneficios que se pueden lograr, la disminución del riesgo de contagio médico-paciente, disminución de enfermedades nosocomiales, mejora de oportunidad en la atención, disminución de costos para los pacientes y los servicios sanitarios, entre otros (Ohannessian 2020). Sin embargo, la existencia de una legislación que no refleja el creciente uso de la tecnología (vacíos legales para la aplicación); restricciones regulatorias de la atención médica; poco conocimiento de los beneficio de la telemedicina; incorporación de la telemedicina en los servicios que ofrecen las EPS; falta de confidencialidad a la información del paciente; vulnerabilidades de seguridad cibernética; pérdida de la historia clínica; requisitos de infraestructura tecnológica, son algunas de las brechas que quedan por cerrar (Correa-Díaz 2017), pero que con el análisis de contexto y el diseño de la red básica con pruebas y validaciones de resultados, se han ido superando las limitaciones encontradas.

Estudios en el área demuestran que estas limitaciones pueden superarse, con el desarrollo de prácticas y protocolos de investigación para refinar la aplicación de tecnologías emergentes de telemedicina en todos los servicios de la práctica clínica diaria.

#### Referencias bibliográficas

- Al-Sejari, M. M. Y Al-Kandari, Y. Y. (2022). A Changing in Social Lifestyle for Men During the COVID-19 Lockdown and Its Relationship to Mental Health: Kuwaiti Diwaniyyah as an Example. *American Journal of Men's Health*, 16(2), 15579883221089486.
- Bradbury-Jones, C. Y Isham, L. (2020). La paradoja de la pandemia: las consecuencias del COVID-19 en la violencia doméstica. *Revista de Enfermería Clínica*.
- Correa-Díaz, A. M. (2017). Advances and barriers of telemedicine in Colombia. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 47(127), 361-382.
- Gobernación de Córdoba (2020). *Plan de Departamental "Ahora le toca a Córdoba: Oportunidad, Bienestar y Seguridad 2020-2023"*. (Ordenanza Número 0009 de 2020). [https://gobcordoba.micolombiadigital.gov.co/sites/gobcordoba/content/files/000057/2828\\_ordenanza-0009-plan-de-desarrollo-departamental--20202023--ahora-le-toca-a-cordoba--web.pdf](https://gobcordoba.micolombiadigital.gov.co/sites/gobcordoba/content/files/000057/2828_ordenanza-0009-plan-de-desarrollo-departamental--20202023--ahora-le-toca-a-cordoba--web.pdf)
- Gobernación de Córdoba. (2022). *Plan de desarrollo Departamental 2020-2023. Rendición de cuentas*. <https://www.cordoba.gov.co/documentos/452/plan-de-desarrollo-2020-2023-rendicion-de-cuentas/>
- Gobernación de Córdoba (2020). *Plan de Departamental "Ahora le toca a Córdoba: Oportunidad, Bienestar y Seguridad 2020-2023"*. (Ordenanza Número 0009 de 2020). [https://gobcordoba.micolombiadigital.gov.co/sites/gobcordoba/content/files/000057/2828\\_ordenanza-0009-plan-de-desarrollo-departamental--20202023--ahora-le-toca-a-cordoba--web.pdf](https://gobcordoba.micolombiadigital.gov.co/sites/gobcordoba/content/files/000057/2828_ordenanza-0009-plan-de-desarrollo-departamental--20202023--ahora-le-toca-a-cordoba--web.pdf)

- Gobernación de Córdoba (2022). *Plan de desarrollo Departamental 2020-2023*. Rendición de cuentas. <https://www.cordoba.gov.co/documentos/452/plan-de-desarrollo-2020-2023-rendicion-de-cuentas/>
- Gobernación de Córdoba (s.f.). *Boletín estadístico sobre la COVID-19 en las subregiones del Departamento de Córdoba, años 2020, 2021 y 2022*. <https://www.cordoba.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=3086>
- Huang, Y. y Zhao, N. (2020). Trastorno de ansiedad generalizada, síntomas depresivos y calidad del sueño durante el brote de COVID-19 en China: una encuesta transversal basada en la web. *Investigación en psiquiatría*, 288, 112954.
- Ministerio de la Protección Social (2005). *Lineamientos de política de salud mental para Colombia*.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2020). *Telesalud y Telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia de COVID-19*.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2020). *Telesalud y Telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia por COVID-19*. (Proceso: Gestión de prestación de servicios de salud – código PSSSO4). <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSSO4.pdf>
- Resolución 2654 (2019, 3 octubre). [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20del%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20del%202019.pdf)
- Ohannessian, R., Duong, T. A. y Odone, A. (2020). Global telemedicine implementation and integration within health systems to fight the COVID-19 pandemic: a call to action. *JMIR public health and surveillance*, 6(2), e18810.
- Omboni, S., Padwal, R. S., Alessa, T., Benczúr, B., Green, B. B., Hubbard, I., ... y Wang, J. (2022). The worldwide impact of telemedicine during COVID-19: current evidence and recommendations for the future. *Connected health*, 1, 7.
- Organización Mundial de la salud: Salud mental: fortalecer nuestra respuesta (2022). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Panamericana de la salud (2020). *COVID-19 Y TELEMEDICINA Herramienta de medición del nivel de madurez de las instituciones de salud para implementar servicios de telemedicina*.
- Özdin, S. y Bayrak Özdin, Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression, and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504-511.
- Rajkumar, RP (2020). COVID-19 y salud mental: Una revisión de la literatura existente. *Revista asiática de Psiquiatría*, 52, 102066.
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, JM y Ventriglio, A. (2020). El brote de coronavirus COVID-19 y su impacto en la salud mental mundial. *Revista internacional de psiquiatría social*, 66(4), 317-320.
- Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N. y Jackson, D. (2020). Violencia familiar y COVID-19: mayor vulnerabilidad y opciones reducidas de apoyo. *Revista internacional de enfermería de salud mental*.
- Vuillier, L., May, L., Greville-Harris, M., Surman, R. y Moseley, RL (2021). El impacto de la pandemia de COVID-19 en las personas con trastornos alimentarios: el papel de la regulación de las emociones y la exploración de las experiencias de tratamiento en línea. *Revista de trastornos alimentarios*, 9(1), 1.
- World Health Organization (2020). Mental health and COVID-19. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-guidance/coronavirus-disease-covid-19-outbreak-technical-guidance-europe/mental-health-and-covid-19>

- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, LM, Gill, H., Phan, L.,... y McIntyre, RS (2020). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de la población general: una revisión sistemática. *Revista de trastornos afectivos*, 277, 55-64.
- Yupari-Azabache, I. L., Díaz-Ortega, J., Rodríguez-Díaz, A. y Peralta-Iparraguirre, A. (2020). Factores asociados a las actitudes y prácticas preventivas frente a la pandemia del COVID-19. *Revista MVZ Córdoba*, 25(3), 2020. <https://doi.org/10.21897/rmvz.2052>