



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

**ASPECTOS DETERMINANTES EN LA GESTIÓN DE DISPOSITIVOS DE
AISLAMIENTO EN EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO
NORTE DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

PATRICIO ALEJANDRO NICOLÁS QUIROGA BARRÍA

**PROFESORA GUÍA:
VIVIEN VILLAGRÁN ACUÑA**

**PROFESOR CO-GUÍA:
CRISTIAN LEYTON NAVARRO**

**MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
CRISTIAN REBOLLEDO DÍAZ
JUAN CORTÁZAR VELARDE**

**SANTIAGO DE CHILE
2023**

RESUMEN DE LA TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE: Magister en Gestión y Políticas Públicas.
POR: Patricio Alejandro Nicolás Quiroga Barría
FECHA: 2023
PROFESORA GUÍA: Vivien Villagrán Acuña

ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE DISPOSITIVOS DE AISLAMIENTO DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

El presente trabajo muestra el proceso de implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias, desarrollada por el Servicio de Salud Metropolitano Norte, en el contexto de la pandemia mundial por COVID-19.

El problema de investigación planteado aborda los desafíos que enfrentó el Servicio de Salud Metropolitano Norte al momento de implementar la Estrategia de Residencias Sanitarias, habida cuenta de que el proceso se desarrolla en las anómalas condiciones que plantea una pandemia ocasionada por una enfermedad transmisible, fenómeno que no ocurría hace aproximadamente un siglo en Chile.

Si bien se sabe que la tradicional estrategia de aislamiento sigue siendo una de las principales y más efectivas medidas conocidas para enfrentar el problema, no existían, al momento de comenzar esta investigación, antecedentes académicos que permitiesen conocer cómo implementar y desarrollar la gestión de este tipo de dispositivos. Sin embargo, en el curso del presente trabajo, han sido publicados trabajos científicos que analizan las características de dispositivos similares en otros lugares del mundo y los aspectos determinantes para su funcionamiento y efectividad, información que ha sido considerada entre los antecedentes relevantes para el estudio.

La metodología utilizada contempla el estudio de caso, tomando como caso el proceso de implementación en Chile, el cual se construyó a partir del discurso de los actores directamente involucrados en la implementación de estos dispositivos en el Servicio de Salud Metropolitano Norte y el análisis cualitativo de la información según la técnica de la teoría fundamentada, partiendo del modelo teórico de análisis de políticas públicas propuesto por Walt y Gilson (1994), especialmente orientado a políticas de salud.

Los resultados muestran los diferentes aspectos que determinaron las decisiones, estrategias y acciones desplegadas por los agentes del Servicio de Salud Metropolitano Norte, durante la implementación de la estrategia, para sortear los problemas que factores contextuales, institucionales y un diseño de la estrategia sanitaria que no se ajustaba a las exigencias y necesidades reales impusieron. Dichas acciones llevaron a modificar el diseño de la estrategia, las más de las veces en base a estrategias emergentes e improvisación, lo que constituye una situación excepcional en las políticas de salud, especialmente en el sector público.

DEDICATORIA

A León y Martina, quienes con sus 10 y 19 años, respectivamente, me han enseñado más que cualquier persona, libro o experiencia y son la razón de todos los esfuerzos por ser mejor persona y profesional.

A todas las personas que han acompañado este proceso de crecimiento y han estimulado el esfuerzo y dedicación puesto en que este trabajo sea un aporte a la sociedad y al mundo académico, especialmente a Camila, compañera de vida y soporte emocional en los momentos más difíciles.

TABLA DE CONTENIDO

I. Justificación y relevancia del estudio.....	1
II. Introducción.....	3
III. Marco de referencia.....	6
1. El sistema de salud: Redes Integradas de los Servicios de Salud y Enfoque de Atención Primaria de Salud.....	6
2. Estructura funcional del sistema de salud chileno.....	12
3. Pandemia de COVID-19.....	18
4. Estrategia del Ministerio de Salud para enfrentar la pandemia por COVID-19 en Chile.....	30
5. Implementación de políticas públicas.....	35
IV. Metodología de investigación.....	43
1. Pregunta de investigación.....	43
2. Objetivos de investigación.....	43
3. Descripción metodológica.....	43
V. Resultados.....	56
Revisión documental.....	56
1. Estrategia de Residencias Sanitarias en el Servicios de Salud Metropolitano Norte (SSMN).....	56
Revisión de entrevistas.....	61
1. Visiones acerca de la Estrategia de Residencias Sanitarias en el Servicio de Salud Metropolitano Norte.....	61
2. Desafíos enfrentados durante el proceso de implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias.....	74
VI. Análisis de los resultados.....	132
1. La Estrategia de Residencias Sanitarias.....	132
2. Condiciones de implementación de las residencias sanitarias.....	137
3. Coordinación de acciones para el funcionamiento de las residencias sanitarias.....	139
4. Implementación de las residencias sanitarias.....	142
5. Evaluación de la implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias.....	150
6. Aspectos facilitadores y obstaculizadores para la implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias.....	151
VII. Conclusiones.....	132
VIII. Bibliografía.....	159
VI. Anexos.....	170

I. JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO

El brote de COVID-19, virus conocido popularmente como Coronavirus, fue declarado una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) el 30 de enero de 2020, en concordancia con lo establecido en el artículo 12 del Reglamento Sanitario Internacional, situación a la que adscribe Chile de acuerdo con el decreto N° 230 de 2008, del Ministerio de Relaciones Exteriores (2008). El 8 de febrero de 2020, el Ministerio de Salud decretó Alerta Sanitaria en todo el territorio nacional (MINSAL, 2020a) frente a la propagación mundial del COVID-19 y el 11 de marzo de 2020 se decretó pandemia mundial por la OMS (CGR, 2020; s.f.; Lilleker, 2021), fecha en que se informaba de 118.000 a 121.000 casos, en 114 países, y el fallecimiento de más de 4.000 personas. Un año después, los registros alcanzarían la suma de 115 millones de casos en el mundo y 2,5 millones de fallecidos (Lilleker, 2021). El 18 de marzo del mismo año, en nuestro país se declaró el Estado de Excepción Constitucional de Catástrofe, por calamidad pública, en todo el territorio nacional (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2020), a 15 días del primer caso reconocido de COVID-19 en el país. La medida se tomó, inicialmente, por 90 días, pero se extendió hasta el 30 de septiembre de 2021 (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2021).

Esta situación, absolutamente inédita a nivel mundial y nacional, puso en evidencia las limitaciones de los dispositivos de salud para atender simultáneamente a grandes masas poblacionales y gatilló, en el caso de nuestro país, un conjunto de estrategias destinadas a hacer frente a la crisis sanitaria y desarrollar medidas destinadas a dotar, a la red asistencial nacional, de las capacidades para enfrentar la inminente demanda que recibiría el sistema sanitario.

Uno de los desafíos más relevantes generados por contexto de pandemia ha sido el de llevar a cabo acciones de aislamiento de grandes cantidades de personas, a fin de disminuir significativamente la tasa de contagios. Este aislamiento se ha dado en dos contextos: 1) el aislamiento general de la población, a través del establecimiento de periodos de cuarentena y restricciones severas a la circulación de las personas y 2) el aislamiento de personas diagnosticadas con el virus, pero sin sintomatología o con sintomatología leve que no requería de cuidados en centros de salud, así como de aquellas que han mantenido contacto estrecho con personas contagiadas.

La solución adoptada, en el caso chileno, fue la de utilizar recintos que no estaban diseñados para la atención de pacientes, pero que contaban con los espacios y las camas suficientes para albergarlos. Así, se contrató los servicios de hoteles que fueron convertidos en residencias sanitarias, con el objetivo inicial de poder aislar a aquellas personas que hubieren presentado contagio o estado en contacto directo con personas contagiadas y que, no contando con condiciones para realizar un periodo de cuarentena en el interior de sus propias casas, estuvieran en condiciones de enfrentar su enfermedad sin auxilio directo del sistema de atención de salud (CGR, 2020a; CGR, 2020b; CGR, 2020c; CGR, 2020d; MINSAL, s.f.).

La implementación de estos dispositivos se encargó a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud que, a través de los Servicios de Salud dispuestos en todo el país, los puso en operación. Durante el curso de la estrategia se decidió transformar a los Servicios de Salud en ejecutores operativos de la estrategia, tarea llevada a cabo por los sus referentes técnicos territoriales (SSMN, 2020b), exigidos por tiempos acotados para implementar los recintos, al punto de llegar a solicitarse su apertura el mismo día en que se instruía desde el Ministerio de Salud (Flores, 2020).

El contexto en que debieron implementarse las residencias sanitarias implicaba un desafío con distintas dimensiones, para el que las capacidades de gestión y liderazgo resultaban fundamentales. En este sentido, los resultados alcanzados dependieron, inevitablemente, de cómo estas capacidades se encontraban disponibles en cada Servicio de Salud.

Cabe señalar que la experiencia tuvo un tiempo acotado de ejecución, pues al cabo de 3 meses, desde que los Servicios de Salud comenzaron la administración de las residencias sanitarias, se tomó, desde el Nivel Central, la decisión de encargar la implementación de esta estrategia a la Subsecretaría de Salud Pública, lo que se llevó a cabo a través de las SEREMI de Salud del país (CGR, 2020a; CGR, 2020b; CGR, 2020c).

La presente investigación analiza la experiencia de implementación de esta estrategia en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, poniendo de relieve los desafíos enfrentados; su abordaje y forma de resolverlos; las fortalezas y debilidades mostradas para desarrollar la estrategia y las oportunidades que la visión de la estrategia ofrece, a partir del relato de los actores directos y los documentos formales existentes. Así, interesa revisar la experiencia y documentar los aprendizajes realizados, analizando el proceso de implementación desde el foco de la gestión desarrollada, de modo que las preguntas que la presente investigación aborda son las siguientes:

1. ¿Qué aspectos del diseño de la estrategia fueron determinantes al momento de poner en funcionamiento las residencias sanitarias?

- a) ¿Cuán determinante fue el diseño de la estrategia en su implementación?
- b) ¿Hubo diferencias según tamaño de la residencia, ubicación u otras características?
- c) ¿Cómo se realizó la selección de los funcionarios a cargo de implementar esta estrategia?
- d) ¿Cómo se seleccionó el personal que trabajó en las residencias sanitarias?
- e) ¿Cómo se consideraron los aspectos administrativos de la gestión?
- f) ¿Qué rol jugó el Servicio de Salud Metropolitano Norte en la selección de los dispositivos donde se implementarían las residencias sanitarias?

2. ¿Qué factores fueron determinantes en la implementación y operación de las residencias sanitarias?

- a) ¿Cuáles fueron predictores de éxito u cuáles constituyeron dificultades a ser abordadas?
- b) ¿Qué ajustes hubo que realizar durante el proceso de implementación?
- c) ¿Qué problemas tuvieron que resolverse durante la implementación?
- d) ¿Qué fuerzas fueron determinantes en el éxito de la implementación?
- e) ¿Qué características o acciones de los funcionarios del Servicio de Salud fueron determinantes en el éxito o fracaso de la implementación de la estrategia?
- f) ¿Hubo consistencia entre el diseño de la estrategia y su implementación?
- g) ¿Hubo aspectos emergentes, no contemplados en el diseño de la estrategia?
- h) ¿Qué condiciones de la pandemia resultaron determinantes en la implementación de los dispositivos?

II. INTRODUCCIÓN

La implementación de políticas públicas es un área de relevancia investigativa desde la década de 1970, tiempo en que comenzó a resultar evidente que las políticas públicas diseñadas desde los intereses políticos podían tener resultados significativamente divergentes respecto de los objetivos inicialmente planteados. Así, el modelo weberiano, que propone un esquema fundamentalmente racional del sistema burocrático, se enfrenta con nuevas tensiones que dan origen a comprensiones divergentes y modelos de análisis capaces de ofrecer luz sobre los aspectos determinantes de los resultados, señalándose como crucial la etapa de implementación de las políticas.

La reciente pandemia mundial por COVID-19 impuso a los países la necesidad de desplegar esfuerzos para frenar la transmisión y propagación del virus, atender las necesidades de salud y la alta probabilidad de muerte que contraer la enfermedad implicaba. Ante ello, la medida más eficiente conocida es la tradicional acción de aislamiento de enfermos y personas bajo sospecha de portar la enfermedad: la cuarentena.

Una acción sanitaria de esta naturaleza no había sido necesaria desde hacía más de un siglo en Chile, por lo que su ejecución contaba con la dificultad que impone la falta de conocimientos, de expertos capaces de transferirlo y de experiencias. Entre las últimas, destacaban aquellas surgidas de eventos internacionales aislados recientes, que ofrecían escasa evidencia científica al respecto.

La declaración de Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), el 30 de enero de 2020, a partir del riesgo que el COVID-19 representaba para la población planetaria, favoreció que la comunidad internacional en general, pero especialmente el mundo científico, se interesara en los desarrollos de iniciativas que los diferentes países iban desplegando a medida que la enfermedad avanzaba y cobraba víctimas por todo el orbe, propiciando un esfuerzo de colaboración global sin precedentes que permitía contar con un conocimiento en desarrollo abierto, compartido en tiempo real, proveniente de todas partes del mundo, incluso mediante estudios que contenían sólo datos, sin revisión por pares, con conclusiones no validadas científicamente al momento de ser compartidas, pero que abrían posibilidades para un desarrollo investigativo de la comunidad científica mundial en permanente y vertiginosa evolución.

En este escenario, las autoridades de gobierno diseñan la Estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento, un paraguas que agrupaba diferentes estrategias menores convergentes, destinadas a enfrentar la pandemia por COVID-19 en Chile.

La Estrategia de Residencias Sanitarias constituía la política pública específicamente orientada hacia las acciones de aislamiento de personas contagiadas, cuya implementación contemplaba el uso de hoteles y la colaboración coordinada de los diferentes niveles de la red de salud.

El proceso de implementación presentó diferentes momentos, cada uno de los cuales implicó cambios en las definiciones y objetivos, en el diseño de la estrategia, en la estructura funcional del sistema sanitario chileno, en la forma de articulación de las redes integradas de los servicios de salud, en la aplicación de nueva evidencia científica emergente y en permanente evolución, y en las acciones específicas que las agencias y agentes implementadores debían desarrollar.

El presente estudio tiene por objetivo indagar las características del proceso de implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, identificando

las visiones más relevantes del proceso, de acuerdo con la perspectiva de los actores directamente involucrados.

Para el cumplimiento del objetivo propuesto se realizó una investigación cualitativa, cuyo trabajo de campo se desarrolló entre los meses de noviembre de 2021 y enero de 2022, mediante entrevistas semiestructuradas individuales a los 6 actores relevantes del proceso de implementación. Las entrevistas tuvieron una duración entre 45 y 70 minutos, siendo grabadas y posteriormente transcritas textualmente. Además, se efectuó un análisis documental de los instrumentos formales de la estrategia y fuentes de información accesorias a lo largo de todo el proceso investigativo.

La visión predominante es que la Estrategia de Residencias Sanitarias contó con un diseño insuficiente, que enfatizaba aspectos administrativos, pero que omitía aspectos relevantes para el proceso de implementación, especialmente en lo referido a la interrelación institucional, la coordinación de las redes de salud, las características de la atención de usuarios en los dispositivos, los aspectos sociosanitarios y el cuidado de algunas condiciones imprescindibles para evitar la transmisión de la enfermedad y desarrollar una gestión del cuidado de usuarios eficiente.

Por su parte, los mecanismos formales, mandantes de las acciones burocráticas, presentaron contenidos contradictorios con las acciones que la propia Autoridad Sanitaria desarrollaba o exigía a los agentes implementadores, al tiempo que se oponía a valores y principios sanitarios que rigen las acciones operativas y que, desde una perspectiva técnica y ética, resultan insalvables. Entre ellos, destacan aquellas definiciones que vulneran los derechos humanos, excluyendo a las personas según condiciones sociales, de salud mental o edad; las que atentan contra la atención oportuna de usuarios en condición de riesgo vital; y el establecimiento de condiciones mínimas para la creación de dispositivos de aislamiento y la provisión de servicios de atención clínica a personas con enfermedades respiratorias altamente contagiosas y de diversa gravedad.

Estas imprecisiones y contradicciones, sumadas al incumplimiento del mandato legal, por parte de un actor clave como es la Subsecretaría de Salud Pública, que debe establecer protocolos y prever la administración de recursos que definan y permitan el desarrollo de las acciones de salud, incluida una situación de pandemia, así como el escaso control sobre las acciones de implementación y un amplio espacio para la discrecionalidad, favorecieron que la burocracia administrativa se inclinara por rediseñar aspectos de la estrategia y ejecutar acciones orientadas a reparar las omisiones de diseño que, en unas ocasiones, iban en franca oposición a la norma y en otras, debieron ser desarrolladas con absoluta improvisación.

Un aspecto central, en relación con la institucionalidad, estuvo dado por los cambios estructurales sin precedentes que sufrió el sistema sanitario en el curso de la implementación de la estrategia, especialmente en cuanto a las funciones que se ordenó cumplir a los Servicios de Salud, instancia que abandonó su rol habitual de articulador de la red de salud, dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para pasar a cumplir tareas de administración y dirección de dispositivos sanitarios, más propiamente dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública.

El análisis de la implementación permite comprender que, si bien se contaba con condiciones contextuales sociopolíticas favorables para otorgar viabilidad a la estrategia, la baja formalidad de la política y las omisiones, imprecisiones y contradicciones antes señaladas llevaron a que esta etapa se caracterizara por una preeminencia del imperativo burocrático-racional por sobre el imperativo legal, configurando un proceso donde destacó la adecuación organizacional al entorno,

la discreción y adaptación burocrática, la emergencia de liderazgos al interior de las organizaciones y la dependencia de la competencia de los agentes implementadores por sobre la búsqueda de racionalidad en el proceso.

En cuanto al Servicio de Salud Metropolitano Norte, la capacidad de adaptación mostrada por la Subdirección de Gestión Asistencial, al asumir el liderazgo en la implementación de la estrategia, contrastó con las dificultades encontradas para coordinar acciones con las otras subdirecciones y equipos de la entidad, evidenciando tanto la insularidad que define su funcionamiento como una delegación de funciones carente de dirección por parte de la máxima autoridad del organismo.

A la luz de los resultados, se considera que, para una adecuada implementación de dispositivos de aislamiento en condiciones de emergencia, se requiere contar con las siguientes condiciones: un diseño de política robusto, que defina roles bien diferenciados a las agencias del Estado, en función de la estructura y organización de la red sanitaria, con flujos de acción coherentes con el establecimiento normativo y los derechos de las personas; prever la existencia de los recursos necesarios para implementar estos dispositivos y su oportuna transferencia a los niveles que corresponda; desarrollar instrumentos que favorezcan así la estandarización de procesos, procedimientos y acciones de cuidado como las tareas de administrativas de registro y trazabilidad de acciones.

Por su parte, las acciones de implementación propiamente tal, requieren de una capacidad de plasticidad organizacional significativa; liderazgos bien definidos y emergentes a partir de las condiciones personales y competencias profesionales de los funcionarios en lugar de la observancia irrestricta por los liderazgos formales; la existencia de procesos, procedimientos y protocolos bien definidos sobre los que puedan efectuarse modificaciones según dicte la experiencia, pero que no necesiten ser totalmente diseñados a partir de la misma; y una dirección formal capaz de generar la coordinación entre diferentes áreas de la organización para promover una actuación conjunta sincrónica, acorde a la demanda del medio, al tiempo que favorecer la circulación de la información entre los distintos niveles de toma de decisión y operación.

Finalmente, destaca la inexistencia de evaluaciones formales de estrategia a todo nivel, a excepción de la ejecutada por el organismo contralor, las que resultan esenciales para recoger las experiencias desarrolladas y las estrategias emergentes desplegadas, que pueden constituir un valioso insumo para afrontar situaciones de emergencia futuras y para el desarrollo de acciones preventivas por parte de los estados, tal como lo sugieren los expertos del mundo científico.

III. MARCO DE REFERENCIA

La comprensión de la estructura del sistema de salud chileno y su lógica de funcionamiento en red es necesaria para poder visualizar de qué manera se articulan las estrategias de salud pública en conformidad con la gestión de los dispositivos sanitarios que, distribuidos territorialmente, son los encargados de entregar directamente las prestaciones de salud a las personas.

A partir de la lógica señalada, se hace relevante estudiar el impacto de las estrategias desplegadas tendientes a enfrentar la situación de pandemia por COVID-19, en la medida que se tensiona el funcionamiento habitual de la red de salud y la disposición de recursos con que corrientemente se cuenta.

La implementación de políticas públicas constituye, de suyo, un problema teórico-práctico central en condiciones normales, por lo que las particulares condiciones que una pandemia ha impuesto constituye una invitación para investigar los desafíos enfrentados por las instituciones y funcionarios que tuvieron a su cargo la implementación de la estrategia para enfrentarla.

El presente capítulo se subdivide en 5 secciones. La primera de ellas describe los enfoques teórico-prácticos que soportan las redes integradas de los servicios de salud. La segunda expone la estructura funcional del sistema sanitario chileno, entendido como la serie de organismos interrelacionados de acuerdo con los lineamientos señalados en el subtítulo anterior. La tercera expone una revisión de los conocimientos sobre el COVID-19, existentes durante el proceso investigativo, que resultaron relevantes a la hora de comprender las medidas tomadas por parte de la Autoridad Sanitaria para hacer frente a la pandemia. La cuarta sección busca dar cuenta de la estrategia adoptada por el Ministerio de Salud para enfrentar la pandemia por COVID-19 en el territorio nacional. La sección quinta articula el problema teórico-práctico que significa la implementación de políticas públicas.

1. El sistema de salud: Redes Integradas de los Servicios de Salud y Enfoque de Atención

Primaria de Salud

El Sistema de Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS) es una elaboración teórica, pero de aspiraciones prácticas, consecuencia de los intercambios llevados a cabo por los representantes sanitarios de los distintos países que han participado en espacios internacionales como la Organización de Estados Americanos (OEA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (OPS, s.f.).

A partir de Primera Conferencia Internacional Americana, efectuada en Washington D. C. en 1889, los diferentes países panamericanos han ido adoptando los lineamientos sanitarios que se han establecidos en forma de acuerdos internacionales, siendo la OPS, a partir de 1902, la encargada de ofrecer apoyo técnico y liderazgo a sus países miembros, implementando modelos de atención sanitaria en función de los elementos que se describen a continuación (OPS, s.f.).

1.1. Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS) Las Redes Integradas de Servicios de Salud presentan distintas definiciones, pero pueden comprenderse como

“una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. (Shortell, Anderson, Mirchell & Morgan en OPS, 2010, p. 31)

De acuerdo con la OPS (2010), la iniciativa de las RISS llega en un momento en que, en vista de los cuestionamientos al desempeño de los sistemas de salud, se había renovado el interés -mundial y regional- respecto de “la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, combatir la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud y avanzar más hacia la prestación de servicios de salud más equitativos e integrales para todos los habitantes de la Región” (p. 13), en consideración al “envejecimiento de la población, la emergencia de las enfermedades crónicas y la comorbilidad y el aumento de las expectativas de los ciudadanos [que] exigen respuestas más equitativas e integrales de los servicios de salud” (p.14).

El esfuerzo buscaba generar cambios estructurales para contribuir a garantizar la protección social, el derecho a la salud y la cohesión social, mediante la superación de la segmentación de los servicios de salud, la existencia de subsistemas que respondan a distintas fuentes y arreglos de financiamiento y por tanto, a la capacidad de pago o la situación de inserción en el mercado laboral, condiciones hacia las que habían tendido los sistemas de salud en América Latina y el Caribe durante el S. XX, lo que consolida la desigualdad entre sectores sociales y la exclusión social (Roses en OPS, 2010).

Específicamente, la experiencia acumulada hasta el momento demostraba que la fragmentación de los servicios de salud generaba dificultades de acceso, prestaciones de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de recursos disponibles, incrementos innecesarios de costos de producción y baja satisfacción de la ciudadanía.

La incidencia de la fragmentación se observaba, a nivel de gestión, en una baja capacidad resolutoria del primer nivel de atención, generando admisión de pacientes en el nivel de especialidad para atenciones que podrían resolverse ambulatoriamente, utilización de servicios de emergencia para acceder a atención de especialidad (atochando las urgencias al eludir la consulta ambulatoria) y prolongación de hospitalizaciones a causa de la dificultad para dar de alta a pacientes con problemas sociales.

A nivel usuario, la fragmentación se visibilizaba como falta de acceso a servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia entre los servicios ofrecidos y las necesidades de los usuarios, lo cual se expresaba en una demanda reprimida, listas de espera de gran demora, derivaciones tardías, necesidad de visitar múltiples recintos asistenciales para un episodio único de enfermedad, falta de fuente regular de servicios, indicaciones de intervención impertinentes con las particularidades culturales, etc.

Las RISS corresponden a uno de los elementos principales en la operación del enfoque de Atención Primaria de Salud (APS), siendo su propósito contribuir al desarrollo de sistemas sanitarios orientados hacia la disposición de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica y satisfactorios de las expectativas ciudadanas (OPS, s.f.; OPS, 2010, p. 16).

Un sistema de salud basado en la APS se conforma de un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, prestaciones de atención integral y apropiadas a lo largo del tiempo, enfatizando las acciones de prevención y promoción, y garantizando el primer contacto del usuario con el sistema, considerando a las familias y comunidades como la base para la planificación y la acción (OPS, 2010, p.16).

En Chile, el sistema de RISS se articula mediante el fortalecimiento del sector público en salud, bajo un enfoque de derechos y centrado en las personas. En ese marco determina 4 ejes: 1) RISS y COMGES como modelo de gestión de la red, que se desarrolla por medio de asistencialidad, enfoque de gobernanza, generación de la capacidad de los recursos humanos y su formación, y desarrollo de infraestructura, equipamiento e información; 2) Acceso y oportunidad de la atención, que se desagrega en calidad de la atención, liderazgo de la APS como centro del modelo de atención, resolutivez de la APS y los servicios de urgencia, y acompañamiento en todos los niveles de complejidad; 3) Establecimiento de prioridades con foco en la atención de grupos de riesgo, la participación ciudadana, el buen trato al usuario, el respeto a la diversidad, y la formación y relación docente asistencial; 4) Generación de iniciativas como la Escuela de Gobierno, mejoras en el acceso, planes de formación en RISS, derechos de salud y otras, además del análisis de la gestión e implementación del modelo de RISS a través de los Servicios de Salud (ver figura 1).

Figura 1.

Diseño de trabajo en Redes Integradas de Servicios de Salud en Chile



Fuente: MINSAL (2018) [Subsecretaría de Redes Asistenciales]. Informe de implementación Estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en el Sistema público de Salud periodo 2014 - 2017.

El modelo de RISS, además de vincularse teórico-prácticamente con el enfoque de APS, requiere de un entorno y condiciones para su desarrollo (figura 2), estableciendo lazos, desde el sector salud,

con otros sectores del Estado, a través del establecimiento de redes, estrategias y prácticas integrativas y colaborativas, bajo un enfoque ecológico que, si bien se centra en la persona, comprende que ésta forma parte de una familia y una comunidad más amplia.

Figura 2.

Entorno y condiciones para el desarrollo de Servicios Integrados de Salud

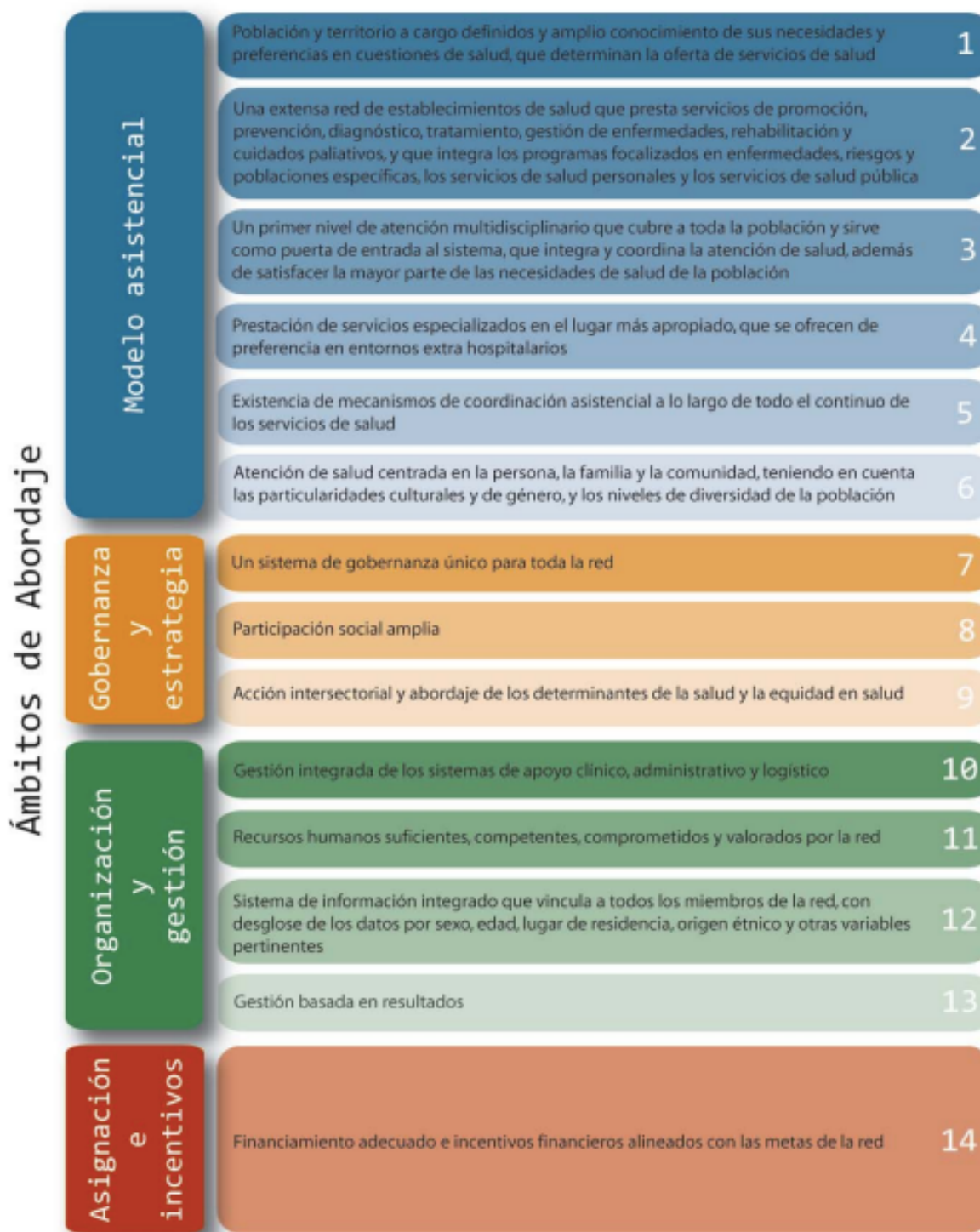


Fuente: MINSAL (2018) [Subsecretaría de Redes Asistenciales]. Informe de implementación Estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en el Sistema público de Salud periodo 2014 - 2017.

Lo anterior determina los atributos del modelo de RISS (figura 3), lo que permite una organización basada en áreas geográficas claramente definidas y con población a cargo bien diferenciada, por cuanto es el conocimiento de la población y el territorio lo que permite elaborar perfiles precisos de la situación de salud de la comunidad, contar con servicios especializados emplazados en los lugares más apropiados y con mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud (OPS, 2010), tal como se grafica en las figuras 1 y 2.

Figura 3.

Atributos esenciales de las RISS



Fuente: OPS (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud. *Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas.*

1.2. La Atención Primaria de Salud (APS)

La atención primaria de salud es un enfoque basado en la comprensión fundamental de que la asistencia sanitaria esencial debe ser accesible a todos los individuos y familias de la comunidad, a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Se centra en las necesidades y circunstancias de las personas, las familias y las comunidades, abordando la salud y el bienestar físico, mental y social de una forma global e interrelacionada, y proporcionando una atención integral para satisfacer las necesidades sanitarias a lo largo de la vida de las personas, más allá de la mera atención de las enfermedades específicas (OMS, 2019), transformándose en el núcleo del sistema de salud que deben desarrollar los países integrantes de la OPS y formando parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

Este enfoque sostiene un compromiso con la justicia social, la equidad y el reconocimiento del derecho fundamental, contenido en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), de acceder a un nivel de vida adecuado, que asegure a las personas y sus familias la salud y el bienestar, especialmente considerando alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales necesarios. Así, la OMS (2019) ha formulado una definición de la APS basada en los tres pilares (ver figura 4).

1) Tratar los problemas sanitarios de las personas mediante una asistencia integral de promoción, protección, prevención, cura, rehabilitación y cuidados paliativos en el curso de la vida, priorizando estratégicamente los servicios de salud cruciales que el sistema destina a las personas, las familias y la población en su conjunto, a través de la asistencia primaria, mediante funciones de salud pública constitutivas de los servicios integrados de salud.

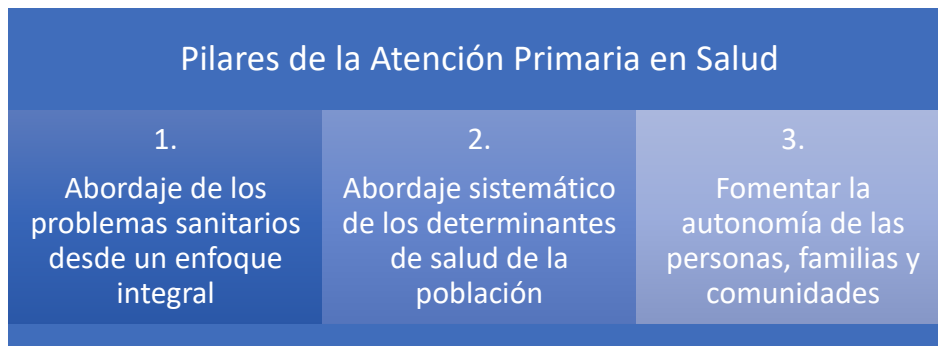
2) Abordar sistemáticamente los determinantes más amplios de la salud (entre ellos, las características y comportamientos sociales, económicos y ambientales, así como los de las personas), a través de políticas y medidas públicas basadas en pruebas científicas en todos los sectores.

3) Fomentar la autonomía de las personas, las familias y las comunidades para optimizar su salud, como promotores de las políticas que fomentan y protegen la salud y el bienestar, en tanto copartícipes en los servicios de salud y sociales, y como cuidadores de sí mismos y de otras personas.

Esta búsqueda de diseños más equitativos e integrales se funda en la Declaración de Alma-Ata (1978), en la cual se sostiene que la APS “debe mantenerse mediante un sistema integrado, funcional y de referencia [...] conduciendo al mejoramiento progresivo y comprensivo de la atención sanitaria integral para todos y asignando prioridad a los más necesitados” (OPS, 2010, p. 14), objetivo ratificado en instancias posteriores, como la Declaración de Montevideo (OPS, 2005a; OPS, 2005b), en que se señala la necesidad de “fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención” (OPS, 2010, p. 14).

Figura 4.

Pilares de la Atención Primaria en Salud.



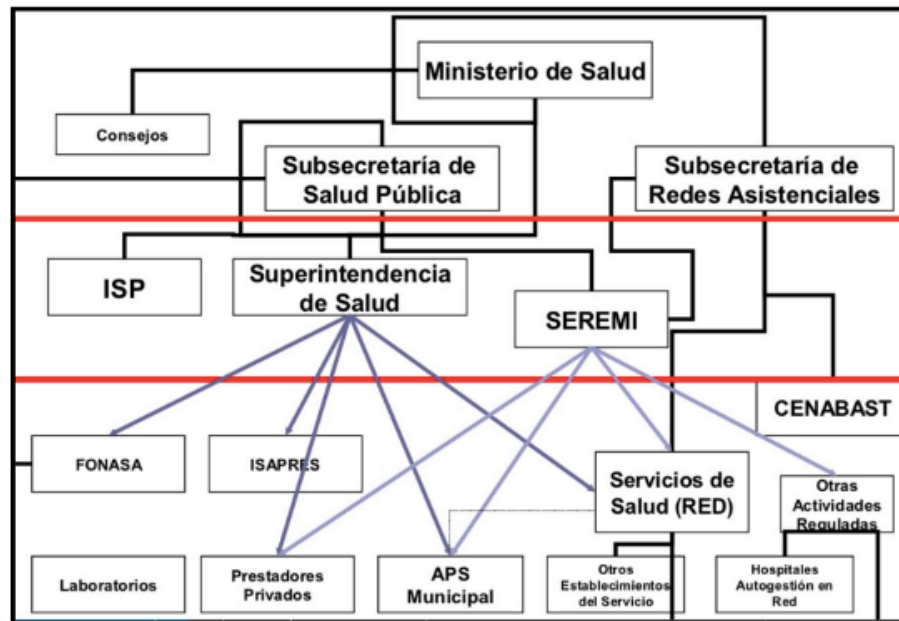
Fuente: elaboración propia.

2. Estructura funcional del Sistema de salud chileno

El sistema de salud chileno se compone de un organismo central rector, el Ministerio de Salud, cuya función se efectúa a través de dos subsecretarías que definen la normativa sanitaria y fiscalizan su cumplimiento, al tiempo que articulan administrativamente las acciones de salud en todo el territorio nacional, incluyendo a los sistemas público, privado y de Fuerzas Armadas, estableciendo los modos en que se realiza la prestación de servicios a las personas, a través de políticas, estrategias, planes y programas (figura 5).

Figura 5.

Estructura de los organismos de salud en Chile.

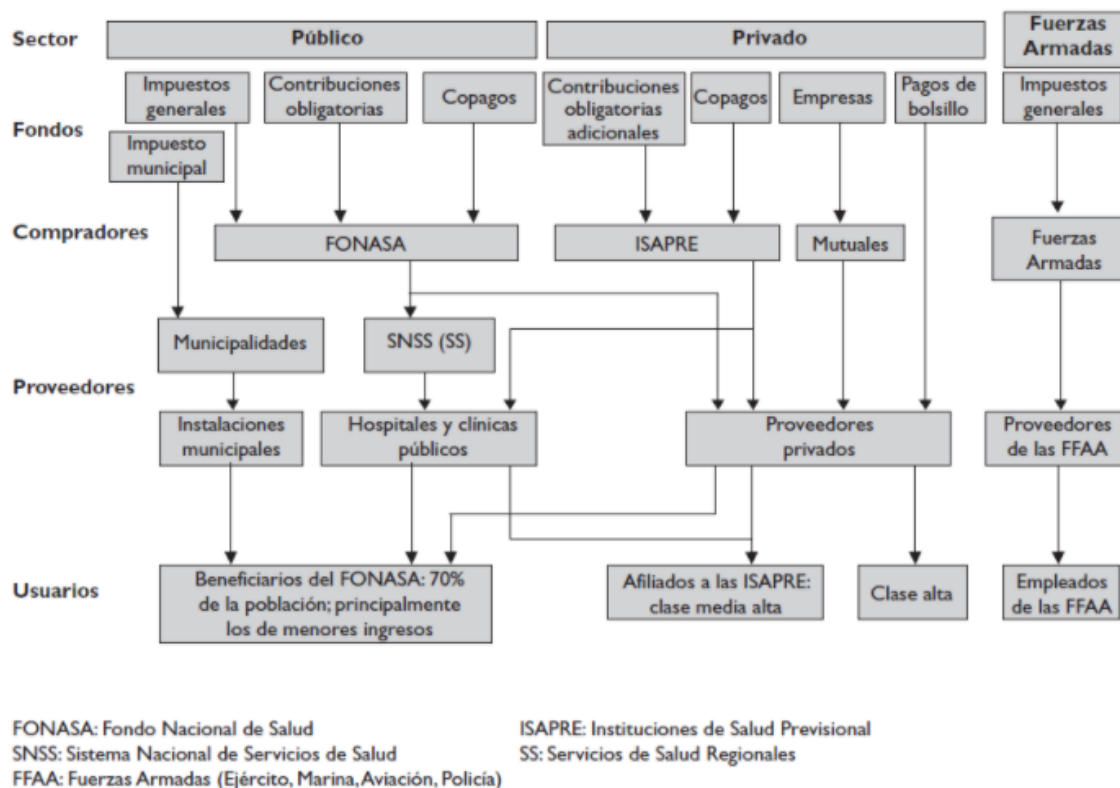


Fuente: Ponce, E. (s.f.). Ministerio de Salud: estructura y funciones.

La distribución de la atención pública, privada y de Fuerzas Armadas se realiza a través de instituciones diferenciadas e interrelacionadas, a través de proveedores municipales, hospitales y clínicas públicas, centros privados de atención y centros de atención exclusivamente destinados a las Fuerzas Armadas, diferenciando, a su vez, a los usuarios a los que se presta servicios (figura 6).

Figura 6.

Instituciones de salud según distribución de la atención pública, privada y de FF. AA.



Fuente: Ayala (2017) (Editor). Salud Pública. *Desarrollo histórico de seguridad social y atención de salud.*

La atención pública de salud opera en función de un sistema de atención en red, donde a la base se encuentra el nivel de Atención Primaria de Salud, nivel en que se ofrecen prestaciones que buscan resolver los problemas de salud de los usuarios, pero que, de ser más complejas y requerir un abordaje más especializado, son escalados al nivel secundario de atención.

La Atención Primaria de Salud es el nivel en que se produce el primer contacto con la ciudadanía, la puerta de ingreso al sistema de salud para los usuarios, y se compone de un conjunto de centros de atención que ejercen funciones asistenciales ambulatorias en un determinado territorio, cuya población tienen a su cargo. Estos centros corresponden a los Centros de Salud (CES), Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Postas de Salud Rurales (PSR), Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR).

La atención del nivel secundario es llevada a cabo por Hospitales, Institutos y Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT). Ningún usuario puede solicitar, de suyo, atención en este nivel, antes bien, debe haber sido evaluado en el nivel primario de atención, siendo el equipo de salud evaluador el que determina la necesidad de una atención de mayor complejidad y realizando la derivación. La única excepción a esta regla la constituyen las situaciones de riesgo vital, caso en que los usuarios acceden directamente a las Unidades de Urgencia que deben brindar los servicios necesarios.

A nivel nacional se cuenta con 29 Servicios de Salud, los que administran una red asistencial formada por hospitales dependientes de aquellos o autogestionados y establecimientos municipales de atención primaria de salud, sobre los que tienen injerencia programática y de presupuesto, pero no administrativa, la que corresponde al gobierno local de cada comuna.

2.1. El Ministerio de Salud y Subsecretarías.

De acuerdo con lo establecido por la Ley N° 19.937 (2004), el Ministerio de Salud está compuesto por dos Subsecretarías: Salud Pública y Redes Asistenciales. A través de ellas, desarrolla la tarea de ejercer rectoría sobre el sector salud, que comprende entre sus materias la formulación, control y evaluación de planes y programas generales del sector; la definición de objetivos sanitarios nacionales; la coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios; la coordinación y cooperación internacional en materias de salud; la dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas a la provisión de salud.

Además -indica la ley-, a través de dichas Subsecretarías, el Ministerio de Salud debe “dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras para la ejecución de actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas” (Artículo 2°), al tiempo que “velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud” (Artículo 3°); “efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población” (Artículo 4°).

También debe “tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia; tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para el otorgamiento de beneficios de salud” (Artículo 5°); “formular el presupuesto sectorial” (Artículo 6°); “formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (...)” (Sistema AUGE) (Artículo 7°); “formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud (...)” (Artículo 8°), así como “fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos de las redes asistenciales” (Artículo 9°) y “velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles” (Artículo 10°).

Parte de sus responsabilidades son “establecer estándares mínimos a cumplir por los prestadores institucionales de salud, como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones tengan la calidad requerida para la seguridad de los usuarios” (Artículo 11°); “establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar” (Artículo 12°); “establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud

legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones (...)” (Artículo 13°); “establecer[...] protocolos de atención en salud” (Artículo 14°) que serán de carácter referencial y sólo obligatorios para el sector público, pero también para el privado en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.

Finalmente, es deber del Ministerio de Salud “implementar, conforme a la ley, sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originada en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes(...)” (Artículo 15°).

La misma Ley N° 19.937 (2004), Título I, Artículo 8°, define las funciones de las Subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales, según se indica a continuación:

2.1.1. Subsecretaría de Salud Pública

A la Subsecretaría de Salud Pública le corresponde proponer el diseño de “políticas, normas, planes y programas (...) en materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a la población, y velar por su cumplimiento”. Asimismo, debe “coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y del Instituto de Salud Pública (ISP) e impartirles instrucciones” (Artículo 9°).

Le corresponde también “administrar el financiamiento previsto para las acciones de salud pública [...] programas de relevancia nacional [...] y aquellos que la ley obligue a que sean financiados por el Estado, independientemente de la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie” (Artículo 9°), como son el Programa Nacional de Inmunizaciones, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria o el manejo de brotes y/o epidemias y la gestión y fiscalización de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN).

Finalmente, el/la subsecretario/a de Salud Pública es el/la subrogante inmediato/a del ministro/a de salud, así como el responsable de la administración y servicio interno del Ministerio de Salud.

2.1.2. Subsecretaría de Redes Asistenciales

De acuerdo con el Artículo 8° de la citada ley, la Subsecretaría de Redes Asistenciales está a cargo de la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema, de la regulación de las acciones y prestaciones de salud, así como de la definición de normas que determinen niveles de complejidad y de calidad de la atención en el sector. Para ello, debe formular políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento y coordinar su ejecución por los Servicios de Salud, la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) y otros organismos que integren el Sistema de Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

2.2. Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI de Salud)

A las SEREMI de Salud les corresponde la representación de la autoridad ministerial en la cada región del país y en el trabajo de coordinación que se realiza con el delegado presidencial.

Orgánicamente, dependen de la Subsecretaría de Salud Pública y en su rol de Autoridad Sanitaria, les corresponde fiscalizar las disposiciones contenidas en el Código Sanitario, sus leyes, reglamentos y normas complementarias. Dicha responsabilidad aplica en materias de higiene y seguridad del ambiente, prevención de riesgos y salud laboral, productos alimenticios, y profesiones médicas. Por ello, “cuenta con las atribuciones de vigilancia, inspección y demás [acciones] que se contemplan al efecto, incluyendo la aplicación de las sanciones sanitarias que procedan, previa instrucción del procedimiento sumarial pertinente” (Ley 19.937; Gobierno Transparente, s.f.).

2.3. Provisión de atención: el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) se encuentra compuesto por un conjunto de organismos interrelacionados. Como se ha señalado, el rol rector y normativo recae en el Ministerio de Salud, donde juega un papel importante la Subsecretaría de Redes Asistenciales, habida cuenta de su responsabilidad en la articulación y desarrollo de la red asistencial, la regulación de la prestación de acciones de salud, la proposición de políticas, normas, planes y programas, y así en velar por su cumplimiento como en coordinar su ejecución por los Servicios de Salud, la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) y los demás organismos que integran el Sistema.

La estructura del sistema público de salud comprende que, mientras la función de aseguramiento de la salud la realiza FONASA, facilitar la prestación de servicios asistenciales, propiamente tal, es responsabilidad de cada uno de los 29 Servicios de Salud existentes en el país -cuya distribución establece jurisdicción territorial y responsabilidad la población correspondiente-, que coordinan la red asistencial pública, constituida por los establecimientos asistenciales de su dependencia directa, los establecimientos de APS municipal y los demás establecimientos que suscriban convenio con el Servicio de Salud (Ley 19.937).

De acuerdo con lo establecido por el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (MINSAL, 2004), estos se entienden como organismos estatales, descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, que funcionan bajo la supervigilancia de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, siendo el Subsecretario de Redes Asistenciales quien dirige el Consejo de Coordinación de Redes Regionales, existente en las regiones donde se cuenta con más de un Servicio de Salud, y que es integrado por sus directores, cada uno de los cuales es elegido por el Sistema de Alta Dirección Pública (ADP).

La función principal de los Servicios de Salud, de acuerdo con lo establecido en el Título I, Art. 1º del documento, es tanto “la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas” (MINSAL, 2004, Título I, párrafo 1).

La red asistencial de cada Servicio de Salud está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos de su dependencia, los establecimientos municipales de APS de su territorio, y los demás establecimientos públicos o privados con los que mantenga convenios, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población (MINSAL, 2004) (Ver figura 5).

Como se ha señalado, todos estos actores se articulan en RISS que se estructuran territorialmente. Dicha articulación territorial responde, en la práctica, a una integración basada en criterios funcionales y operacionales, como las redes de patologías con garantías explícitas en salud (GES), áreas específicas de atención, tales como urgencia y salud mental o el trabajo colaborativo entre prestadores de salud según niveles de complejidad, ubicados (idealmente) de acuerdo a la concentración de la población y sus requerimientos de cobertura y acceso.

También existen macro-redes a nivel regional y nacional, de acuerdo a la definición de polos de desarrollo en determinadas áreas de alta especialidad, considerando la magnitud del problema, el costo de las prestaciones y el nivel de especialización requerido (MINSAL, 2018).

Cada Servicio de Salud debe contar con una estrategia de planificación y programación en red, y cumplir con ciertos atributos como tener asignada una población y un territorio, centrarse en el usuario, basarse en la atención primaria y contar con establecimientos suficientes para otorgar atención integral al paciente, según distintos niveles de complejidad e incluyendo prestaciones ambulatorias (abiertas) u hospitalarias (cerradas) que interactúan a través de mecanismos de referencia y contra referencia (MINSAL, 2018), es decir, sistemas de derivación hacia y desde dispositivos de mayor o menor nivel de especialidad, según corresponda.

- Nivel primario: de baja complejidad con amplia cobertura. Realiza atenciones de carácter ambulatorio y ejecuta los programas básicos de salud de las personas. Constituye la puerta de entrada al sistema de salud.
- Nivel secundario: de mediana complejidad y cobertura media, recibe para diagnóstico y tratamiento a los pacientes cuyo problema de salud no pueden ser resueltos en el nivel primario. Sus acciones involucran tanto atención ambulatoria como hospitalaria.
- Nivel terciario: de alta complejidad y baja cobertura, con alta complejidad tecnológica y recursos humanos altamente especializados. Recibe referencia desde los otros niveles de atención de su propia red asistencial, pudiendo también existir dispositivos de referencia regional, supra-regional y en algunos casos hasta cobertura nacional (como institutos de especialidades). Aunque estos establecimientos hospitalarios desarrollan actividades de alta complejidad, en general, también realizan atención de nivel secundario.

2.4. Financiamiento del Sistema de Salud Chileno

El sistema de salud chileno es complejo, con fondos de financiación separados en entidades aseguradoras públicas (Fondo Nacional de Salud - FONASA) y privadas (Instituciones de salud previsual - ISAPRE), que -en teoría- atienden al 70% y 30% de la población respectivamente, mediante redes de prestadores públicos y privados, además del sistema paralelo de salud de las Fuerzas Armadas y el sistema de salud de los trabajadores conformados en las mutualidades, todos bajo la rectoría del Ministerio de Salud (Ayala, 2017) (Ver figura 6).

3. Pandemia de COVID-19

3.1. Antecedentes generales

El SARS-CoV-2, inicialmente llamado 2019-nCoV, es el séptimo coronavirus conocido con capacidad de infectar células humanas. A fines de diciembre de 2019 fue aislado, fotografiado y secuenciado su genoma, a partir de muestras de fluido bronco-pulmonar obtenidas en Wuhan, confirmándose su capacidad de infectar, preferentemente, células de las vías aéreas (Zhu et al., 2020). Se trata, esencialmente, de un virus cuyo material genético se compone de una hebra de ácido ribonucleico (ARN) simple, protegida por una cápside de lípidos en la que se encuentran inmersas glicoproteínas (proteínas asociadas a azúcares) que resultan esenciales para el reconocimiento de los tejidos, infectar y entrar a las células (Goldsmith et al., 2004).

La información de la que se disponía en marzo de 2020 indicaba que el COVID-19 tenía un mecanismo de propagación, tiempo de incubación y de generación similar al del coronavirus causante del Síndrome Respiratorio Agudo Grave producido por Coronavirus (SARS-CoV), su pariente más cercano conocido que, en 2002, resultó incluso más devastador que el COVID-19, debido a su progresión mucho más frecuente a enfermedad grave y muerte (Wilder-Smith & Freedman, 2020).

En el SARS-CoV, uno de los dominios de la proteína Spike funciona como la llave de entrada a las células, cuya maquinaria utiliza para multiplicarse y propagarse a otros tejidos y hospederos. Es la Enzima Convertidora de Angiotensina II (ECA2), en la superficie del tejido de las vías aéreas, la que permite que el virus entre a las células y comience su ciclo de propagación mediante la lectura de instrucciones contenidas en su genoma y la producción del ensamblaje de nuevas partículas virales que puedan ser liberadas para colonizar otros tejidos y propagarse a otras personas (Li et al., 2003). El conocimiento de dicho antecedente ha permitido explicar la agresividad y mayor transmisibilidad de este virus, así como la rapidez con que se ha propagado por todo el mundo.

En octubre de 2020 ya se sabía que el tiempo de incubación del COVID-19, tal como ocurre con el SARS-CoV, tiene una mediana de 5 días; sin embargo, se desconocía cuándo alcanzaba su punto máximo la diseminación viral, su transmisibilidad y con qué frecuencia los casos presintomáticos resultan en casos secundarios (Wilder-Smith & Freedman, 2020). Estudios preliminares sobre la correlación entre contagio y carga viral, observada a partir de muestras tomadas del frotis de la garganta en el momento de los inicios de los síntomas, llevó a inferir que la infecciosidad alcanzaba su punto máximo antes o durante el inicio de los síntomas, pudiendo ocurrir el 44% de la transmisión antes de los primeros síntomas del paciente índice (He et al., 2020).

Uno de los aspectos más relevantes es que la reconstrucción de la evolución del virus, a partir de la secuenciación de su genoma desde muestras de pacientes de distintos lugares del mundo, mostraba, en octubre de 2020, que no se trataba de una, sino de dos variantes del virus en circulación, y puede que hasta con diferente nivel de virulencia (Tang et al., 2020; Zhang et al., 2020). A enero de 2021 ya se conocían diversas variantes, con diferente nivel de contagiosidad (Yáñez, 2021).

Para la comprensión del proceso de contagio resulta fundamental la noción de “carga viral”, entendida como una medida del número de partículas virales presentes en un individuo, en un

momento dado (Heneghan et al., 2020). Esta es una noción análoga a la de “dosis infecciosa” de partículas virales a que se expone el contagiado, indicador relacionado con la cantidad de virus presente en la nariz y garganta al momento de realizarse la prueba de antígeno. Aquello sería relevante, porque la replicación del virus, en la nariz y garganta, depende de factores como la cantidad de virus ingerido, el tiempo transcurrido desde la incorporación de las partículas y la eficacia de los mecanismos de defensa de cada organismo (Jenkins, 2020).

Los primeros análisis indicaban que no había correlación positiva entre sintomatología y carga viral, por lo tanto, era claro que la disminución de la intensidad y frecuencia de la exposición al virus no reducía la dosis infecciosa ni aminoraba la gravedad sintomática, lo que desconcertó al mundo científico (Heneghan, 2020). Sin embargo, nuevos hallazgos, como una mayor carga viral en pacientes con sintomatología menos severa, llevaron a considerar la posibilidad de un pico temprano de carga viral, implicando que pacientes con síntomas leves o asintomáticos mantendrían un elevado potencial contagioso (McNamara, 2020).

Si bien la capacidad de diseminación viral se encuentra estrechamente relacionada con la infectividad de una persona, pronto se sabría que factores ambientales también pueden modificar el riesgo de propagación. Así, aun cuando durante todo el año 2020 la tesis predominante era que la diseminación del virus ocurría, fundamentalmente, a través del contacto directo y la emisión de micro-gotitas de saliva capaces de proyectarse en un rango de 1 a 2 metros, la evidencia de que el virus podría estar presente en aerosoles, cual es gotitas de menor tamaño capaces de permanecer en suspensión y difundir a mayores distancias, terminó por imponerse (Greenhalgh et al., 2021). Por esta razón, procedimientos que conllevan la generación de aerosoles (como el uso de ventiladores); la falta de uso de mascarilla en los pacientes; nula, escasa o mala circulación del aire; y el mal uso de elementos de protección personal (EPP) en general constituyen factores determinantes en la propagación y debiesen ser diferentes según cada contexto de cuidado y etapa en que se encuentra el paciente (Jenkins, 2020).

Por el hecho de mostrar los estudios contrastados resultados contradictorios, en algún momento nadie sabía lo que estaba pasando, mucho menos los gobiernos y las asociaciones profesionales que, en 2020, ni siquiera conseguían ponerse de acuerdo respecto de cuántos profesionales sanitarios habían fallecido a causa de la enfermedad (Heneghan et al., 2020). Contribuyó a ello, en gran medida, el hecho de que las mediciones iniciales del número de reproducción básico (R_0)¹ en China mostraran pocas variaciones, lo que hacía esperable que, cuando el R_0 alcanzase valores menores que 1^2 , la infección tendiese a la desaparición (Box citado Aronson, 2020). Sin embargo,

¹ Por número de reproducción se entiende el número de casos esperados en promedio, como resultado, en una población homogénea, de la infección por un solo individuo en el momento en que la población es susceptible de contagio al comienzo de una epidemia, es decir, antes de que comience a desarrollarse una inmunidad generalizada y de que se haya realizado cualquier intento de inmunización (Aronson et al., 2020).

² Si el R_0 promedio en la población es mayor que 1, significa que la infección se propagará exponencialmente, puesto que si, por ejemplo, $R_0 = 1$, se estima que cada infectado contagiará a 1 persona más; si $R_0 = 2$, cada infectado contagiará a 2 personas más, etc. Por el contrario, si R_0 es menor que 1, la infección se propagará lentamente hasta desaparecer. Claro está, cuanto mayor resulte el valor de R_0 , tanto más rápido progresará la epidemia. No obstante, el valor calculado depende de la calidad de los datos y del modelo epidemiológico utilizado, lo que resulta

no se contaba con el monumental volumen de casos nuevos y con la larga estadía hospitalaria de pacientes inmunocomprometidos.

La evidencia científica indica que la diversidad genética viral depende así del virus como del huésped, por ello, la mantención durante un largo periodo de tiempo en el huésped (Sanjuán & Domingo-Calap, 2016), característica de la enfermedad ocasionada por COVID-19, favorece la mutación del mismo. En efecto, aun cuando la capacidad mutagénica del virus es similar a la de otros miembros de la misma familia viral, la tasa de mutación de los virus de ARN se caracterizan por ser hasta un millón de veces mayor que las sus hospederos, razón por la que su tasa de mutación constituye un peligro y debe considerarse como capaz de generar variantes más infectivas, con algún grado de escape inmunitario y con capacidad de desarrollo de resistencia a la farmacoterapia (Sanjuán & Domingo-Calap, 2016; Pachetti et al., 2020).

Otra óptica es la que ofrece la perspectiva del *household secondary attack rate* o tasa de ataque secundario doméstico en el COVID-19, que mide ya no a cuántas personas contagia un enfermo, sino que estima a cuántas personas infecta respecto de la cantidad de personas con las que ha tenido contacto. Esto es central, por cuanto permite evaluar la transmisibilidad del virus, independientemente de la movilidad de la persona. Evidentemente, también permite observar qué tan susceptible de enfermar es una población al cruzar la información con indicadores relevantes como son personas sanas, aquellas que ya enfermaron previamente, las que se encuentran vacunadas, etc. A octubre de 2020 ya se sabía que el SARS-CoV-2 es más transmisible en los hogares que su pariente, el SARS-CoV, y que las personas que resultan más susceptibles a la transmisión doméstica son las mayores de 60 años (Jing et al., 2020).

En este punto, cobra sentido el desarrollo de una estrategia sanitaria que favorezca el retiro de personas contagiadas de sus hogares, protegiendo a los demás habitantes del lugar, así como realizar un esfuerzo constante y sistemático por efectuar una trazabilidad de la transmisión infecciosa. No obstante, es fundamental que la estrategia de aislamiento sea bien desarrollada, tal como lo demuestra el caso de las aproximadamente 15.000 *fever clinics* o clínicas para la fiebre, implementadas en China, inicialmente para combatir el brote de SARS en 2002, pero que se pusieron nuevamente en operación para enfrentar el COVID-19, sirviendo sus análisis para establecer que un mal desarrollo de la estrategia conduce a una proporción considerable de casos sospechosos que no consiguen aislarse, examinarse ni diagnosticarse, aumentando el riesgo, para la población, de contraer COVID-19 en hospitales y comunidades (Li et al., 2021).

Por otra parte, se ha llamado la atención sobre la necesidad de definir con claridad cómo y dónde se ha propagado el virus, dado que, si un porcentaje de casos se genera en un centro hospitalario, se requiere adecuar las estrategias de manejo de infecciones en el hospital (Mahon et al., 2020). Por ello, las acciones desarrolladas por los especialistas en infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) resulta fundamental.

El ejemplo de los países que cuentan con una salud primaria robusta en sus sistemas sanitarios muestra que el abordaje de enfermedades detectables, en ese nivel, debe revisarse para disminuir

sumamente relevante, habida cuenta de que así los datos pueden ser deficientes como el modelo epidemiológico utilizado puede distorsionar el resultado (Aronson et al., 2020).

hospitalizaciones (Stavropoulou, et al., 2020), incluyendo el uso de fármacos identificados como capaces de reducir significativamente las admisiones hospitalarias y que están principalmente relacionados con el tratamiento de enfermedades crónicas (Bobrovitz et al., 2020), evitando con ello colapsar el sistema sanitario.

Sintomatología y letalidad

Los historiales clínicos de los primeros pacientes de Wuhan, China, rápidamente aportaron indicadores de riesgo severo de muerte intrahospitalaria por COVID-19 que, en adelante, habría que considerar al momento de su recepción en los dispositivos. Estos eran la vejez, los niveles de Dímero-D superiores a 1,0 mg/L (asociado a trombosis) y un elevado puntaje en la Evaluación Secuencial de Insuficiencia Orgánica (SOFA, por sus siglas en inglés). Este último resulta un buen indicador de septicemia, shock séptico y grado de disfunción multiorgánica, cuya ocurrencia se observó en más del 50% de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad debido a infección viral (Zhou et al., 2020).

La evidencia clínica mostraba, al 6 de abril de 2020, una fuerte correlación entre la gravedad y muerte en los casos de pacientes con COVID-19 y las alteraciones en la coagulación de la sangre (Zhou, 2020). Hasta ese momento, diversos estudios (Lippi & Favaloro, 2020; Huang et al., 2020; Tang et al., 2020; Wang, 2020; Zhou, 2020; & Guan, 2020, citados en Centro Cochrane Iberoamericano, 2020) daban cuenta de la importancia de observar ese dato, por cuanto se pudo notar que aproximadamente el 90% de los pacientes hospitalizados con neumonía había aumentado la actividad coaguladora.

Rápidamente se comenzaron a conocer los factores procoagulantes y hemodinámicos causantes de inflamación local y ruptura de tejidos que predisponen a sufrir isquemia y trombosis (Zhou, 2020), y que están relacionados con otras afecciones asociadas a la neumonía por COVID-19, como complicaciones cardíacas nuevas o que empeoran, arritmia nueva o que empeora, y paro cardíaco que ocurre en un 3% de los pacientes hospitalizados con neumonía. Además, se han podido establecer factores de riesgo de eventos cardíacos después de contraída la neumonía, como son la edad avanzada, enfermedades cardiovasculares preexistentes y la gran severidad en la presentación de la neumonía (Marrie, citada en Zhou, 2020).

Ya con los primeros pacientes estudiados en China, se conocía que los principales signos clínicos del COVID-19 son fiebre (98% de los pacientes) y tos seca (76%), y aproximadamente la mitad presentaron dificultad respiratoria y dolor corporal en los primeros 7 días (Huang et al., 2020). A estos se suman los establecidos por otras investigaciones como son tos general (81,4%) y otros síntomas de menor frecuencia como fatiga; disnea; producción de esputo, mialgia, frío, mareo, dolor de cabeza, dolor de garganta, náuseas o vómitos, diarrea y congestión nasal (Nunam et al., 2020).

Se estima que los síntomas comienzan entre 12 horas y 4 días después de la infección, y el cuadro se resuelve, comúnmente, en un rango de hasta 21 días. La principal complicación del COVID-19 -y causa mayoritaria de su letalidad- consistió en el rápido agravamiento de las dificultades respiratorias que requieren de hospitalización en cuidados intensivos a los 11-12 días después del inicio de los síntomas y eventualmente, ventilación mecánica invasiva (Zhou et al., 2020).

El Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades calculaba, en marzo de 2020, que 1 de cada 3 pacientes sintomáticos requerirían hospitalización y 1 de cada 25 requerirán camas de cuidados intensivos. Hasta octubre de 2020, la letalidad de la enfermedad en niños y adolescentes era prácticamente cero y aproximadamente, 0,2% a partir de los 40 años, triplicándose por cada década hasta los 70 años, mientras que, en mayores de 80 años, podía llegar cerca del 10%. Estos datos, sin embargo, son muy variables de país en país y habían sido calculados sobre la base de casos reportados, lo que no necesariamente correspondía a la totalidad de casos reales, sobre todo en países en que el testeo fue menos exhaustivo (ECDC, 2020). Como quiera que sea, a esa altura ya permitían comprender la necesidad de utilizar dispositivos hospitalarios y considerar algunas condiciones para el aislamiento.

Posteriormente, Wilder-Smith y Freedman (2020) indicaron que la tasa de letalidad inicial llegó a ser estimada en torno de un 15%, debido a que los casos iniciales estaban sesgados hacia el final severo de la enfermedad, sumado a un rápido aumento. No obstante, el conocimiento desarrollado permitía, ya a fines de 2020, estimar su letalidad en alrededor del 2-3% para la población general. Ahora bien, sin considerar comorbilidades ni los determinantes en la mortalidad de la enfermedad señalados por Marrie (citada en Zhou, 2020), referidos previamente, pero sí el uso razonable de EPP, se estimaba un riesgo de mortalidad de los funcionarios de salud expuestos directamente entre 0,5% y 3% (Jenkins, 2020).

Wilder-Smith & Freedman (2020) señalaban tempranamente que, aunque sí sabemos que la gravedad de la enfermedad no determina la transmisibilidad y aun cuando la tasa de letalidad puede ser mucho más baja que la del SARS-CoV, la mayor preocupación se cernía sobre el hecho de que el virus llegase a comportarse, epidemiológicamente, como los virus de la influenza, siendo capaz de desafiar todas las medidas de salud pública tradicionales, convirtiéndose en una pandemia con muchas más muertes que el SARS.

3.2. Medidas de cuidado y respuestas frente a una situación de pandemia

La pandemia por COVID-19 hizo necesario implementar medidas de cuidado en diferentes niveles. Entre las consideradas más efectivas y relevantes de implementar se encuentran aquellas dirigidas a proteger a los equipos de salud, las relacionadas con los blancos terapéuticos en el tratamiento de la enfermedad y las medidas de cuidados aplicadas masivamente, todas las cuales serán descritas a continuación.

3.2.1. Medidas de cuidado de los equipos de salud y blancos terapéuticos

A partir de la información conocida sobre el comportamiento del COVID-19, particularmente acerca de su transmisibilidad y sintomatología, han podido sobrellevarse, cada vez de mejor forma, las dudas respecto de los cuidados a tener por las personas y los equipos tratantes. Esto ha permitido la reorganización de la atención, a fin de optimizar el uso de camas de cuidados intensivos, reducir la tasa de propagación y garantizar la calidad de la atención en salud, incluyendo cómo abordar la priorización de la sintomatología; la comprensión de los niveles de saturación de oxígeno en la sangre y qué parámetros considerar, por ejemplo, en una intervención remota para indicar dirigirse a un centro médico; la combinación de medidas de cuidado; y la selección de datos relevantes para definir un pronóstico (Newlove-Delgado et al., 2020). Este conocimiento ha posibilitado definir

estrategias y tomar mejores decisiones desde el punto de vista de acciones tendientes tanto a la prevención como al tratamiento.

Asimismo, ha resultado evidente la necesidad de generar medidas de cuidado capaces de responder a las condiciones que favorecen la contracción de la enfermedad y que tienen consecuencias cruciales para el control de su propagación. Éstas deben ser consideradas por la población y (especialmente) por los equipos de los dispositivos de salud destinados al cuidado de los pacientes contagiados y contagiosos. De hecho, a septiembre de 2020 el conocimiento obtenido no resultaba concluyente respecto de si había correlación entre la exposición ocupacional de quienes trabajan cuidando de otros y las muertes de trabajadores de la salud por COVID-19 (Jenkins, 2020), por lo que resultaba difícil precisar qué medidas de cuidado resultaban más efectivas.

De aquellas, la más básica y evidente es el uso de jabón, alcohol y otros diversos productos de aplicación mediante frotación en las manos. Un contenido de alcohol, de al menos 75%, demostró ser capaz de reducir la carga del virus del SARS-CoV-1 desde 4 unidades logarítmicas (99,9%), mientras que el vinagre de vino y el etanol, al 70%, redujeron la carga del SARS-CoV-1 en más de 3 unidades logarítmicas (99%). Por ello, ha parecido razonable extrapolar estos resultados al SARS-CoV-2 (Ferner, 2020), habida cuenta de que los coronavirus se caracterizan por tener una envoltura viral que los hace potencialmente susceptibles a agentes tensioactivos³, razón por la que uno de los mayores y más correctos énfasis ha estado en el uso de agua y jabón u otros detergentes y alcoholes mezclados con agua (etanol, isopropanol, éter, cloroformo, cloro/lejía, y otros antisépticos con excepción de la clorhexidina) para el lavado de manos y objetos (OMS, 2020).

La evidencia hace incuestionable que la primera medida sanitaria pasa por el correcto lavado de manos, por cuanto cualquier medida que disuelva la cápside grasa del coronavirus elimina por completo su capacidad infectiva. Claro está, se trata de una estrategia que resulta tanto más efectiva cuanto más se sume a otras, como la descontaminación ambiental, limpieza diaria de las superficies tocadas y limpieza semanal profunda; rotación del personal y asignación de las personas a una misma instalación de manera constante, a fin de evitar dispersión del virus; restringir las visitas al mínimo y sólo en casos críticos o de emergencia; y probar con medidas adicionales para contener y prevenir la propagación (Koshkouei, Abel & Pilbeam, 2020), además de las precauciones para evitar el contacto con casos sospechosos, gotitas de saliva y transmisión aérea (Coles, 2020).

En cuanto a los cuidados de la salud mental para los equipos sanitarios, los datos que no se basan en la evidencia, pero responden al acuerdo entre expertos -sostenidos en las recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud para reducir el impacto en la salud mental del COVID-19 en los trabajadores de la salud-, indican que deben incluirse el aseguramiento de una buena comunicación dentro y entre equipos; rotar equipos entre entornos de mayor y menor estrés, siempre que sea posible; asociar a trabajadores sin experiencia con trabajadores con experiencia en un sistema de compañeros; asegurar descansos adecuados siempre que sea posible; proporcionar horarios flexibles siempre que sea posible; crear oportunidades de apoyo mutuo; y facilitar servicios de apoyo a la salud mental (Zimmerman, Ali, Jones & Maskrey, 2020).

³ Se entiende por agente tensioactivo a las sustancias que actúan por tensión superficial en la superficie de contacto entre dos fases.

El trabajo con pacientes portadores o potencialmente portadores de COVID-19 ha requerido la consideración de buscar mecanismos compartidos por especialistas y orientadores de los equipos de salud del mundo. Al respecto, Coles (2020) señala que la OMS distingue diferentes niveles de riesgo, cuales son:

Las **precauciones estándar**, es decir, aquellas consideradas relevantes para el cuidado que debe tener tanto el personal que efectúa el primer contacto como aquel que realiza el *triage* y que contempla, por ejemplo, higiene de las manos y prever que cualquier persona sospechosa de portar COVID-19 use una mascarilla.

Las **precauciones por contacto y gotitas**, que deben ser tenidas en cuenta ante el contacto con casos sospechosos o confirmados de COVID-19, en acciones de salud que no involucren procedimientos generadores de aerosoles (o AGP, por sus siglas en inglés). En este caso se requiere aumentar los cuidados, considerando, además de la higiene de manos y la mascarilla quirúrgica, uso de bata, gafas protectoras, guantes, etc.

Las **precauciones de transmisión aérea** para situaciones de contacto con casos sospechosos o confirmados de COVID-19, que requieran admisión en un dispositivo de atención médica, cuyas atenciones sean AGP. En estos casos se requiere mantener el aumento de los cuidados y mejorar los implementos contenidos entre los EPP, contemplando la higiene de manos, uso de mascarilla respiratoria (anti aerosoles), bata, gafas protectoras, guantes, etc.

Agrega Coles (2020) que, para el caso de la **recolección de muestras para diagnóstico de laboratorio**, si ésta se lleva a cabo mediante un AGP, requiere higiene de manos, máscara respiratoria, bata, gafas, guantes y las demás precauciones adicionales que se puedan efectuar.

Por otro lado, respecto de la viabilidad del virus en las superficies, la evidencia producida en condiciones de laboratorio sugiere que el virus podría mantenerse por distinto tiempo según cada tipo: 1 día en tela y madera, desde 4 horas en cobre y hasta 4 días en acero inoxidable y plástico; 2 días en vidrio y hasta 7 días en el borde exterior de una mascarilla médica (OMS, 2020), después de lo cual habrá disminuido 1000 veces su potencial infectivo. Además, persiste en un intervalo amplio de valores de pH y temperaturas ambientales, pero resulta sensible al calor y los métodos ordinarios de desinfección (Chin et al., 2020). Con aerosoles artificialmente suspendidos en el aire, a las 3 horas todavía está activo, pero su potencial para infectar ya se ha reducido 10 veces (van Doremalen et al. 2020). En escenarios reales, con ventilación -y por lo tanto, mayor dispersión aérea-, es probable que el virus pierda infectividad incluso antes.

También se ha considerado la investigación de una segunda línea de blancos terapéuticos, constituida por los anti-retrovirales, fármacos capaces de bloquear la capacidad del virus para usar la maquinaria celular de su anfitrión humano. La realización de ensayos de alto rendimiento para bibliotecas de anti-retrovirales ya aprobados para su uso en humanos, en busca de candidatos que tengan efecto contra la replicación del SARS-CoV-2, se pensó como la estrategia más costo-efectiva y la que puede ser implementada a más corto plazo en la clínica. Sin embargo, pese a que ha sido muy activamente investigado desde la aparición del COVID-19 (Ford et al., 2020), la evidencia a favor del uso de esta estrategia clínica ha resultado bastante débil y poco promisoría, habiendo incluso quienes plantean que no hay razones para insistir por esa vía, pues no hay evidencia que justifique el uso de terapias anti-retrovirales como profilaxis contra el virus (Alavian et al., 2020).

Otros elementos importantes, que algunas autoridades recogieron (Bricknell & Trott, 2020), son la importancia y costo-efectividad de sanitizar con detergentes el mobiliario público y el transporte; promover que la gente tenga la oportunidad de circular al aire libre y ventilar los espacios de uso cotidiano, puesto que la dilución del virus en el aire (United Kingdom Government, s.f.) y su sensibilidad tanto al calor (Chin, et al., 2020) como a los rayos ultravioleta (Seyer & Sanlidag, 2020), ciertamente constituye la primera barrera protectora; y reducir la densidad de personas en los espacios públicos y el contacto directo entre grupos, para dar tiempo a las medidas ya mencionadas, orientadas a eliminar la capacidad infectiva del virus antes de encontrar una vía de acceso a un nuevo hospedero (Marqués & Domingo, 2021; Shen et al., 2020).

Más allá de lo señalado, un aspecto sustancial para enfrentar la pandemia por COVID-19, dada su elevada transmisibilidad antes del inicio de los síntomas y durante los mismos, consiste en establecer medidas de distanciamiento social generalizadas para segregar a las personas enfermas de las sanas e impedir los contagios en grandes grupos poblacionales (Cheng et al., 2020; Tierney et al., 2020). Tales medidas de control de enfermedades deben ajustarse para tener en cuenta la probable transmisión pre sintomática (He et al., 2020; Cheng et al., 2020), el hecho de que los pacientes pueden seguir siendo infecciosos durante largos períodos y que la transmisión fecal-oral es posible (Van Tan et al., 2020).

La evidencia disponible apoya las medidas de distanciamiento social como medio efectivo para reducir la transmisión y retrasar la propagación. Al respecto, Mahtani et al. (2020) estiman que considerar la implementación escalonada y acumulativa de estas intervenciones puede resultar más efectivo, siendo el momento de la implementación y la duración de tales medidas los aspectos fundamentales. Del mismo modo, la amplitud de las medidas, incluida la “contención en toda la comunidad”, debe considerar los costos económicos y la posibilidad de aumentar las tasas de infección una vez que se eliminan las medidas (Wilder-Smith & Freedman, 2020).

Por otro lado, se debe cautelar que el impacto de medidas de control social afecte lo menos posible en otros diferentes niveles, algunos cuantificables, como el económico, pero también en aquellos más difíciles de medir y evaluar, como el impacto del aislamiento prolongado, fomentando que la comunidad se mantenga conectada (Tierney et al., 2020). En particular, serían las personas mayores de 70 años las que se pueden llegar a quedar en casa varios meses, dejando de realizar sus actividades regulares fuera del hogar, generando una disminución de la movilidad que puede afectar negativamente su calidad de vida a causa del aumento del sedentarismo (Hartmann-Boyce et al., 2020).

3.2.2. Medidas de cuidado masivas

La gran plaga de Lombardía, de 1630, descrita en el texto *I promessi sposi*, de 1827, por el autor Alessandro Manzoni (citado en Jefferson, 2020), exhibe como el ducado fue azolado por la peste bubónica -también importada desde del extranjero- y que terminó dando muerte a tres cuartos de la población. Se trata de un texto relevante, porque describe como se implementaron las primeras medidas de aislamiento concidas, incluidas técnicas de manipulación de alimentos y lo fundamental que resulta la disposición de la población para tolerar las restricciones (Bonati, 2020), así como el valor de los casos excepcionales para comprobar las hipótesis que llevan a validar y

fundamentar nuevas hipótesis para tratar pandemias (Bonati, 2020; Jefferson, Bonati & Heneghan, 2020).

Como los virus no viajan, pero la gente sí, intuitivamente se espera que la imposición de barreras al desplazamiento funcione para erradicar el COVID-19. Además, se sabe, con base en estudios del comportamiento de los contagios relacionados con la imposición de cuarentenas de 14 días en diversos países, que su eficacia durante un brote viral depende del momento en que se implementa y de la precisión del período de duración, así como de la capacidad de las personas y los equipos de salud para seguir los procedimientos, por lo que, a medida que los países implementan estas medidas, se generan preguntas críticas sobre tiempo, procedimientos de implementación, idoneidad y costo-beneficio (McCall, Nunan & Heneghan, 2020).

Wilder-Smith y Freedman (2020) señalan que, en 2002, fue posible interrumpir completamente la transmisión persona a persona del SARS-CoV, erradicándolo gracias a la implementación rigurosa de las medidas tradicionales de salud pública, cuales son aislamiento, cuarentena, distanciamiento social y contención comunitaria, principales medidas con que se ha contado, también, para enfrentar al COVID-19, especialmente mientras nos encontrábamos en ausencia de vacunas y terapias específicas. En efecto, de acuerdo con los datos con que se contaba en 2020 -que, por cierto, posicionaron en su momento al gobierno de Sebastián Piñera como ejemplo mundial de lo que no se debe realizar, al relajar estas medidas aun cuando existía una elevada tasa de vacunación (*“OMS toma a Chile como ejemplo de que las vacunas no son toda la solución a pandemia”*, 2021; *Chile muestra que las vacunas no son toda la solución a pandemia, avisa OMS*, 2021; Bonnefoy & Londoño, 2021)-, se sabía que las medidas de salud tradicionales seguirían siendo esenciales.

Siguiendo a Wilder-Smith y Freedman (2020), se entiende por **“aislamiento”** la acción que busca separar a las personas portadoras de enfermedades contagiosas de aquellas no infectadas; la **“cuarentena”**, en tanto, refiere a la restricción de movimiento voluntaria u obligatoria, generalmente realizada en el hogar o una instalación especialmente dispuesta para tal efecto y se aplica a personas de las que se presume se han visto expuestas a una enfermedad contagiosa, pero que no necesariamente presentan síntomas de la misma, así por no haberse infectado como por resultar asintomáticas. Por su parte, el **“distanciamiento social”** busca reducir las interacciones entre las personas en una comunidad más amplia, en la que los individuos infecciosos aún no han sido identificados. Finalmente, la intervención de **“contención en toda la comunidad”** es aplicada a diferentes escalas (comunidad, ciudad o región), extremando los recursos para reducir las interacciones personales, exceptuando una mínima interacción que garantice la provisión de suministros vitales.

De acuerdo con los autores, mientras que el aislamiento se trata de “una medida particularmente eficaz para interrumpir la transmisión si es posible la detección temprana del huésped infeccioso, es decir, antes de la diseminación viral manifiesta” (párrafo 3), generalmente resulta tardía e ineficaz para detener la transmisión y con ello, controlar la pandemia, pues las personas contagiadas pueden transmitir las enfermedades virales antes que los síntomas clínicos se manifiesten. En tanto, el distanciamiento social “es particularmente útil en entornos donde se cree que ha ocurrido la transmisión comunitaria, pero donde los vínculos entre los casos no están claros” e incluye cierre de espacios de reunión de personas como colegios, mercados, etc. (párrafo 5).

Por su parte,

“la cuarentena ha sido históricamente considerada como una de las prácticas de salud pública más eficaces para el control de brotes de enfermedades transmisibles. Su nombre proviene de la amplia utilización que se le dio en la Italia del siglo XIV, cuando los barcos provenientes de puertos infectados por la peste llegaban al puerto de Venecia y debían anclar y esperar 40 días (en italiano: *quaranta*, es decir, cuarenta) antes de desembarcar a sus pasajeros supervivientes. La evidencia iba permitiendo estimar que cuarenta días proporcionaba tiempo suficiente para que se completara el tiempo de incubación de la enfermedad, pudiendo identificarse como sintomáticos los casos que inicialmente se presentaban como asintomáticos”. (Wilder-Smith & Freedman, 2020, párrafo 4)

Esta fue una medida exitosa durante la epidemia de SARS en 2003, razón por la que ha resultado un componente importante de los planes para el enfrentamiento de la pandemia por COVID-19. En efecto, China implementó, en cuestión de semanas, todas las herramientas disponibles, incluyendo “la detección de casos con aislamiento inmediato, rastreo de contactos con cuarentena y observación médica de todos los contactos” (párrafo 7), de modo que para el 2 de febrero de 2020 ya habían 14.600 casos confirmados y más de 20.000 clasificados como casos sospechosos a la espera de resultados de laboratorio; se habían rastreado 113.579 contactos cercanos y se habían liberado 4.201 de la observación médica (Wilder-Smith & Freedman, 2020). Aquello constituye un esfuerzo sin precedentes en términos de medidas de cuarentena empleadas, incluso durante el SARS.

Pese a lo señalado, la cantidad de nuevos casos generados por el COVID-19 ha impedido controlar adecuadamente a todos los contactos, quedando muchos sin identificar. Con este objeto, la cuarentena requiere controlar a todas las personas, a fin de detectar la aparición de algún síntoma que, si se presenta, obliga al aislamiento inmediato en un centro designado para estos efectos y dedicado al tratamiento de enfermedades respiratorias graves. Es una medida que resulta “más exitosa en entornos donde la detección de casos es rápida, los contactos se pueden enumerar y rastrear dentro de un período de tiempo corto” (Wilder-Smith & Freedman, 2020, párrafo 4).

Las medidas de salud pública empleadas contra el SARS resultaron exitosas porque, las más de las veces, los pacientes eran sintomáticos y por lo tanto, identificables y aislables; pero también debido a la escasa o inexistente diseminación viral durante los primeros días de la enfermedad, así como el alcance de las cargas virales máximas a los 12-14 días de enfermedad, cuando los pacientes, generalmente, se encontraban recibiendo cuidados en la atención hospitalaria. Además, el tiempo de incubación y el rastreo oportuno de contactos favoreció que estos se pusieran en cuarentena a tiempo (Wilder-Smith & Freedman, 2020).

Mientras que el SARS fue principalmente un brote que se propagó dentro de hospitales y comunidades confinadas, el COVID-19 generó una transmisión comunitaria generalizada que resultó prontamente evidente, incluida su propagación, fuera de la provincia de Hubei, debido al abandono de más de 5 millones de personas, muchas de ellas contagiadas antes de su cierre. Por lo tanto, la más drástica de todas las medidas clásicas de salud pública fue el único siguiente paso lógico: contención comunitaria con distanciamiento social y uso comunitario de máscaras faciales en todo momento. Así, la ciudad de Wuhan, con sus 11 millones de residentes quedó bloqueada, cerrándose incluso el transporte público de la ciudad (autobuses, trenes, transbordadores y aeropuerto). En la medida que el brote se extendió, el cierre alcanzó a más de 60 millones de

residentes, en más de 20 ciudades. Para el 30 de enero de 2020, China había ejecutado la cuarentena más grande de la historia (Wilder-Smith & Freedman, 2020).

Las clínicas para la fiebre china fueron los primeros dispositivos de aislamiento masivos de personas que se utilizaron en la actual pandemia. Al respecto, Li et al. (2021) son enfáticos en señalar que los problemas en la implementación de estos dispositivos pueden significar un mayor riesgo para la población y los profesionales de la salud. Por ello, los equipos que proveen atención médica en clínicas para la fiebre -el homólogo de las residencias sanitarias chilenas- deben estar capacitados y tener experiencia en enfermedades infecciosas o especialidades relacionadas, así como los dispositivos deben contar con una construcción y características físicas adecuadas.

De lo anterior se desprende que, a estas alturas, para los expertos resulta evidente que los responsables de la formulación de políticas públicas, orientadas a la implementación de dispositivos de aislamiento de personas, deben generar un diseño prolijo, pues se espera que los dispositivos creados constituyan una sólida primera línea de defensa contra la pandemia. Por ello, resulta esencial la capacitación formal y profesional del personal, efectuada estricta y regularmente, hasta que los trabajadores de la salud se encuentren suficientemente educados y por lo tanto, en condiciones de cumplir sus funciones en estos recintos, cuya implementación debe considerar aspectos relativos a la construcción de los mismos, incluida la ventilación de los espacios; la existencia de recursos adecuados; propiciar la estandarización de los procesos; y contar con el suministro suficiente de EPP, aspecto considerado un mínimo ético (Li et al., 2021).

Cabe mencionar que las medidas de contención aplicadas a toda la comunidad es una acción altamente compleja, dada la gran cantidad de personas involucradas y porque resulta éticamente conflictiva, al poner en tensión el imperativo de la salud pública y la consideración de los derechos humanos individuales. Como ya en marzo de 2020 se contaba con conocimientos preliminares de la enfermedad, a partir de los grupos estudiados en Vietnam y Alemania, que evidenciaban que incluso las personas con síntomas leves pueden transmitir la enfermedad, desde entonces se consideraba que, si aquello resultaba realmente más frecuente, entonces las medidas de salud pública tradicionales serían insuficientes y se requeriría contar con una vacunación masiva para detener la epidemia (Wilder-Smith & Freedman, 2020).

3.2.3. Aislamiento de viajeros y expatriados

Las medidas de cuidado de aplicación masiva también impactan a los viajeros, por cuanto las fronteras nacionales pueden ser cerradas o se puede prohibir la entrada a ciudades o provincias donde se está implementando la contención comunitaria. Muchas veces, los viajeros internacionales que ya están encerrados en tales áreas no podrán salir y se encontrarán a merced de las acciones que sus gobiernos estén dispuestos a llevar a cabo para repatriarlos. De hecho, la mayoría de los gobiernos se encontraron, simultáneamente, en el proceso de evacuar a sus ciudadanos y dichos pasajeros se vieron sujetos a una cuarentena de 14 días al llegar a su país de origen, la que ha solido efectuarse en instalaciones designadas para tales efectos (incluidas las islas para algunos países) con observación médica (Wilder-Smith & Freedman, 2020).

En Chile se normó tanto el ingreso como el egreso de personas (Ministerio de Relaciones Exteriores, s.f.). Así, se definió que podían dejar el país personas extranjeras no residentes, con

pasaporte de su país de origen; chilenos y extranjeros residentes, con pase de movilidad habilitado⁴ (sin incluir a menores de edad sin pase de movilidad); y chilenos y extranjeros residentes, sin pase de movilidad, que cuenten con un permiso excepcional.

Por su parte, podían ingresar al país sólo los chilenos y extranjeros residentes y debían, a su ingreso, pasar por una cantidad de días de aislamiento que tuvo variaciones en su definición⁵, los que podían ser realizados 1) en domicilios por las personas que cuenten con pase de movilidad habilitado al momento de ingresar al país o que lo hagan con menores de edad; y 2) en hoteles de tránsito quienes no cuenten con pase de movilidad habilitado, así como quienes lo tengan, pero no cuenten con un domicilio que declarar o al que puedan llegar en un periodo no mayor a 5 horas.

3.2.4. Importancia de la comunicación a la población

Wilder-Smith y Freedman (2020) señalan que la llegada de las redes sociales es un desafío adicional para garantizar el cumplimiento de cuarentenas, puesto que es particularmente importante usarlas sabiamente, ya que brindan la oportunidad de comunicar los motivos de las decisiones, los consejos prácticos a ser transmitidos y prevenir falsos rumores y pánico.

Frente a una pandemia de un impacto sin precedentes, todos los gobiernos enfrentaron el desafío de lidiar con una amenaza tan grave como impredecible, respondiendo unos mejor que otros. De hecho, algunos autores (Lilleker et al., 2021) estudiaron diferentes países, específicamente en términos de cómo respondieron a la primera ola y comunicaron sus acciones a la ciudadanía, lo que también estuvo determinado por el titubeo y la mala preparación mostrada por la OMS frente a las acciones a seguir, los consejos a promover y la información sobre la eficacia del uso de mascarillas en particular.

Un caso que se destaca es el de Corea del Sur, capaz de evitar los confinamientos debido a la clara comunicación efectuada sobre la amenaza del COVID-19, alentando el uso de mascarillas (ya habituales desde la epidemia de SARS) y el rápido inicio de rastreos. Por cierto, cada cambio de nivel de alerta fue acompañado de nuevas indicaciones, situándose las autoridades como ejemplo en su actuar. Este mismo enfoque transparente fue impulsado en Ghana, a través de su Presidente, quien fue elogiado en su país y el mundo por sus muestras de empatía y enfoque en las personas y su vida antes que en lo económico (Lilleker et al., 2021).

Por el contrario -señalan los autores-, los gobiernos de países que se mostraron autocomplacientes e inconsistentes sobre la amenaza del COVID-19, como Brasil y Reino Unido, condujeron a las más altas tasas de contagio y mortalidad del mundo. En estos casos, la comunicación pública estuvo marcada por la desestimación de las recomendaciones de expertos y su desprecio por parte de las autoridades.

⁴ El sitio gubernamental <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/93514-pase-de-movilidad> indicaba, al 9 de agosto de 2021, que el pase de movilidad es un documento oficial que el Estado entregaba a las personas que completaron su proceso de vacunación contra el COVID-19, habiendo transcurrido 14 días desde la última dosis correspondiente, según cada vacuna existente.

⁵ En el sitio gubernamental <https://chile.gob.cl/chile/ingreso-a-chile-desde-el-exterior>, se indicaba, al 19 de agosto de 2021, que los días de aislamiento obligatorios eran 10.

Otro aspecto relevante, en términos comunicacionales, dice relación con el aprovechamiento personal ante situaciones de este tipo, siendo los casos de corrupción especialmente sensibles para la ciudadanía. Ejemplo de ello son las noticias y reportajes que informan a la población, durante la pandemia, acerca de las situaciones irregulares, fundamentalmente porque debilitan la credibilidad de las autoridades y las medidas que se implementan. El caso de Chile es un ejemplo de ello (Sepúlveda, 2023).

4. Estrategia del Ministerio de Salud para enfrentar la pandemia de COVID-19 en Chile

Ante la inminente declaración de la pandemia, el órgano rector del sistema de salud elaboró y dispuso una estrategia para enfrentar los desafíos asociados al control de la misma. Dicha estrategia se articuló en función de 3 pilares: testeo, trazabilidad y aislamiento. Estos elementos componentes constituyen un conjunto de acciones interrelacionadas: identificar a las personas contagiadas, identificar a aquellas potencialmente contagiadas, y aislar a las que, con certeza, pueden diseminar la enfermedad. Cada uno de estos pilares presenta acciones específicas que, en conjunto, se orientan al mismo objetivo común: detener el avance de la pandemia y ofrecer los cuidados necesarios a la población afectada.

4.1 Los pilares de la estrategia nacional para enfrentar el COVID-19: testeo, trazabilidad y aislamiento (TTA)

Ya desde la declaración de Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional ocasionada por el brote de COVID-19, por parte de la OMS, el MINSAL (s.f., p. 2) establece que, en Chile, “todos los casos sospechosos de COVID-19 deben ser **notificados** ⁶ a la Unidad de Epidemiología de la SEREMI de Salud respectiva y al MINSAL, a través del formulario específico en la plataforma EPIVIGILA”.

De acuerdo con el Protocolo de Coordinación para Acciones de Vigilancia Epidemiológica Durante la Pandemia COVID-19 en Chile: estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento (TTA) (MINSAL, s.f.), el Estado de Chile ha implementado un plan nacional, desarrollado a través de la estrategia señalada -la que ha sido estimulada así por la OPS como por la OMS- que aplica para todas las instituciones del sector, sean estas SEREMI de Salud, Servicios de Salud o prestadores de salud, tanto del sector público como del sector privado.

Específicamente, se ha buscado ampliar la cobertura del testeo, mediante examen PCR, con aproximación a nivel comunitario; disminución de tiempo entre detección de casos positivos e investigación epidemiológica para determinar contactos estrechos; aislamiento efectivo de casos sospechosos desde el inicio de los síntomas o desde primera consulta; identificación y aislamiento de contactos estrechos en un máximo de 24 a 48 horas desde la identificación del caso índice; aumentar la efectividad de las medidas de aislamiento y cuarentena mediante fiscalización aleatoria; y potenciar la acción de seguimiento de casos índice y contactos estrechos (ver figura 8).

⁶ Las letras en negrita son del documento original.

Figura 8.

Resumen Estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento.



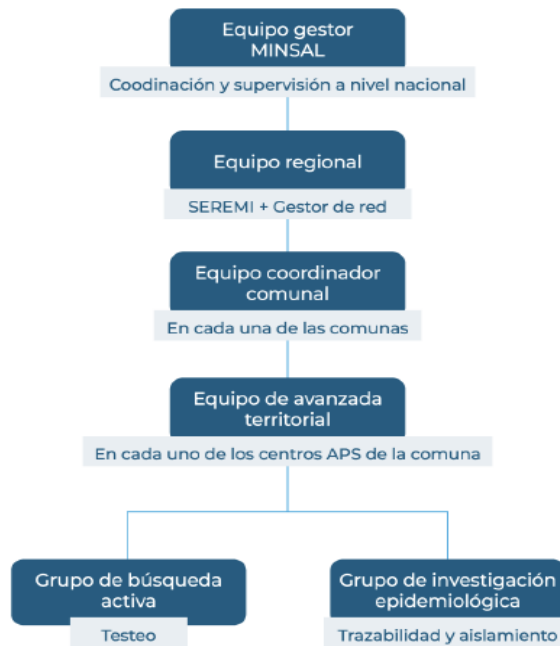
Fuente: MINSAL (s.f.). Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento.

Para implementar la estrategia se requiere de cuatro equipos funcionales a los objetivos planteados (ver figura 9):

1. Equipo Coordinador MINSAL, cuya función es el monitoreo y supervisión de la gestión de los equipos regionales.
2. Equipo Regional, integrado por las SEREMI de Salud y los directores de los Servicios de Salud, cuya función es la supervisión y coordinación de los equipos comunales.
3. Equipo Gestor Comunal, cuya función es la supervisión y gestión de los equipos APS y otros equipos de avanzada territoriales.
4. Equipo de APS, conformado en cada centro de salud por dos grupos: de búsqueda activa de casos (responsable de la estrategia de testeo) y de investigación epidemiológica (responsable de la estrategia de trazabilidad y aislamiento).

Figura 9.

Organigrama equipo de trabajo estrategia TTA.



Fuente: MINSAL (s.f.). Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento.

4.1.1. Estrategia de ampliación de cobertura de testeo

La estrategia de ampliación de cobertura de testeo se realiza de acuerdo con el perfil epidemiológico y el análisis de riesgo local, teniendo los directores de los Servicios de Salud, en conjunto con la APS, la tarea de conformar equipos de terreno para efectuar la búsqueda activa de casos, generando un mapa situacional del territorio que considere las zonas con mayor número de casos, la población de mayor riesgo, zonas de hacinamiento o con existencia de viviendas comunitarias y aquellas con acceso limitado a servicios básicos.

El testeo comunitario se realizará, según lo recientemente señalado, a personas que no hayan sido notificadas por COVID-19, pero que cumplan con la definición de caso sospechoso vigente; población en situación de vulnerabilidad social; personas residentes o habitantes en instituciones de larga estadía (centros penitenciarios, establecimientos de larga estadía para adultos mayores (ELEAM), residencias SENAME, etc.).

Las estrategias de testeo definidas son:

- Testeo mediante uso de PCR, a través de la disposición de laboratorios móviles ubicados estratégicamente.
- Visitas coordinadas con centros de larga estadía.

- Visitas domiciliarias para testeo de personas con condiciones que impiden su traslado a centros sanitarios para toma de muestra: personas mayores de 75 años, postradas, cuidadoras, inmunosuprimidas u otra condición que le impida asistir o genere riesgo al acudir de manera presencial.
- Aviso obligatorio e inmediato de casos positivos, a través de EPIVIGILA, a MINSAL y SEREMI de Salud.

4.1.2. Estrategia de trazabilidad y aislamiento

La estrategia de trazabilidad y aislamiento congrega a todas las SEREMI de Salud, directores de los Servicios de Salud y de centros de APS, quienes deben establecer equipos, liderados por jefes o coordinadores de epidemiología, capaces de llevar a cabo el trabajo de trazabilidad y aislamiento de casos, capacitándose en investigación epidemiológica y seguimiento, contando con insumos tecnológicos y elementos de protección personal (EPP) para el trabajo de campo y utilizando sistemas de registro estandarizados.

A nivel operativo, son los médicos de los recintos de salud quienes evalúan clínicamente al usuario, solicitan examen RT-PCR al servicio de toma de muestra del mismo dispositivo, clasifican el caso como sospechoso, probable o confirmado y evalúan las condiciones sociosanitarias para definir el lugar de su aislamiento (ver figura 10):

Hospitalario:

- Hospital Clínico.
- Hospitalización domiciliaria con soporte de terapia de oxígeno u otros insumos.

Ambulatorio:

- En domicilio, bajo supervisión continua de la APS.
- En una residencia sanitaria.

En un primer nivel de gestión, el delegado de epidemiología del centro de salud gestionará y supervisará el traslado seguro (que no podrá ser por medios propios o mediante uso de transporte público) al lugar donde la persona permanecería los siguientes días, de acuerdo con los resultados de la evaluación realizada.

Si la persona resulta derivada a hospitalización domiciliaria, se gestiona dicha acción de salud presentando el caso a la Enfermera Coordinadora, definida según coordinación territorial. Este sistema se mantiene operativo 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Si la persona es derivada a residencia sanitaria, se coordina el cupo con el responsable correspondiente y se dispondrá de un transporte, siendo responsabilidad de la APS la evaluación sociosanitaria correspondiente del caso índice y los contactos estrechos, así como su traslado al lugar.

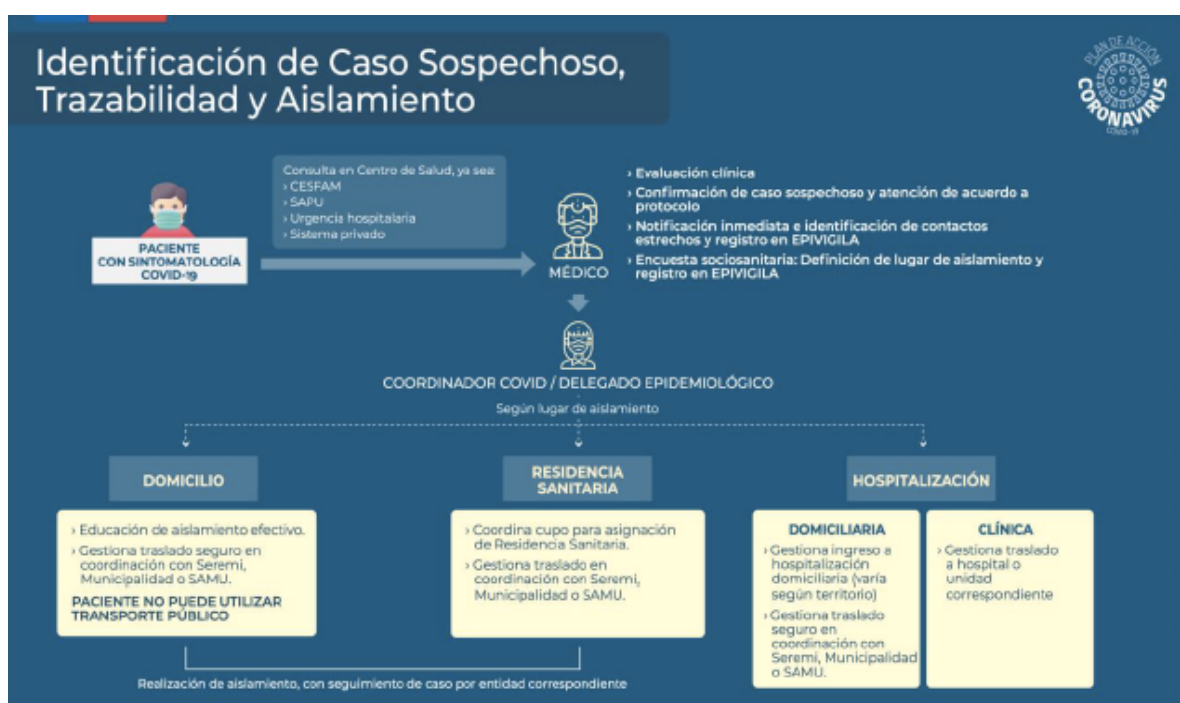
Para el caso de aislamiento domiciliario, se debe instruir a la persona de las acciones que harán eficiente y seguro el proceso, dejando indicaciones por escrito y concertando una llamada telefónica de una enfermera quien, a su vez, instruirá al cuidador.

Si se tratase de trabajadores, se evaluará el periodo de contagio y se avisará a SEREMI para investigar los contactos laborales.

La figura 10 presenta un esquema de los flujos señalados:

Figura 10.

Identificación de Caso Sospechoso según Trazabilidad y Aislamiento.

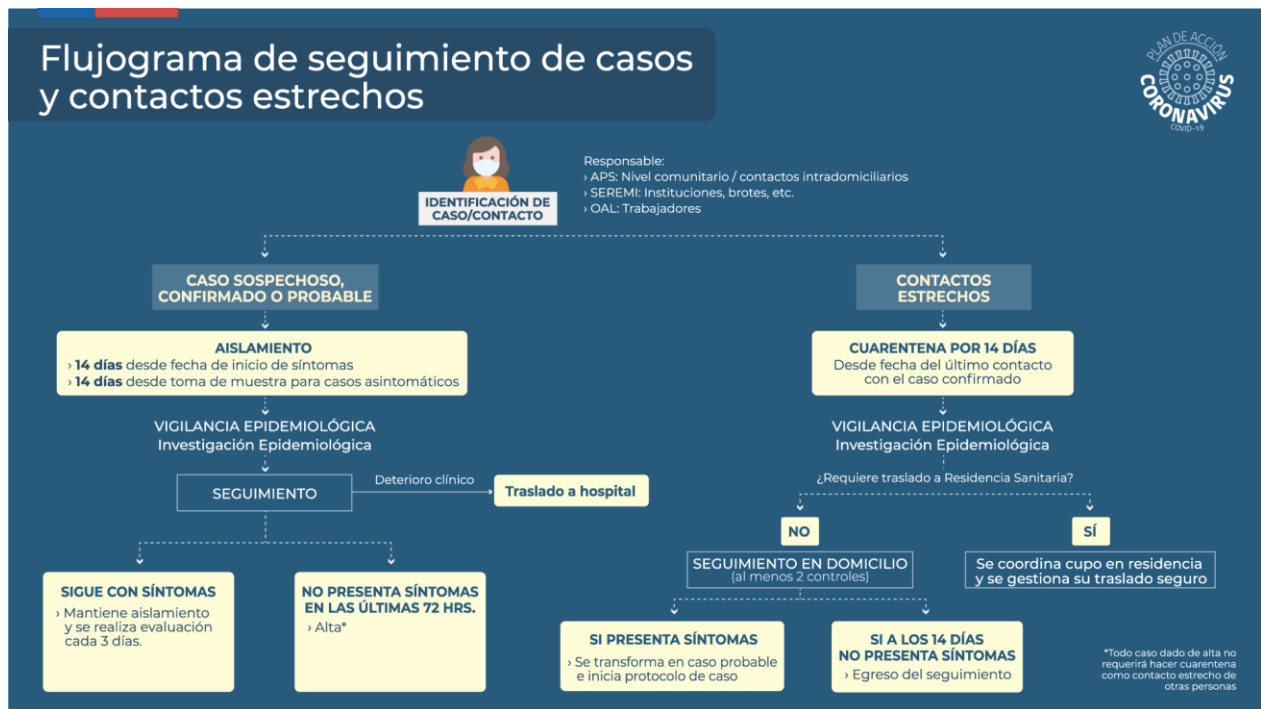


Fuente: MINSAL (s.f.). Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento.

El seguimiento de casos en domicilios (ambulatorios) es responsabilidad de los directores de los Servicios de Salud en conjunto con la APS, de acuerdo las áreas geográficas definidas por cada territorio y el lugar de residencia de las personas. Para ello, se ha dispuesto efectuar, idealmente, seguimiento telefónico diario; visitas domiciliarias según capacidad de APS, con foco en población de mayor riesgo (multimorbilidad y adultos mayores); comunicación de la mantención del aislamiento y monitoreo adicional si los síntomas exceden los 14 días; evaluaciones médicas a domicilio, si se requiere, efectuadas por personal de CESFAM; realización de las altas médicas; y registro de las acciones ejecutadas en plataforma EPIVIGILA (ver figura 11).

Figura 11.

Flujograma de seguimiento de casos y contactos estrechos a nivel ambulatorio.



Fuente: MINSAL (s.f.). Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento.

La SEREMI de Salud de cada región, en tanto, será la entidad responsable del seguimiento de casos en su territorio. También será responsable de coordinar con las instituciones privadas que lleven a cabo su propio sistema de seguimiento de casos ambulatorios.

5. Implementación de políticas públicas

Las políticas públicas cuentan con etapas que no siempre se dan consecutivamente: origen, diseño, gestión y evaluación (Lahera, 2006). La gestión corresponde a la etapa posterior a la toma de decisiones, la puesta en marcha de las definiciones de la política, caracterizada por haber sido un área de estudio desatendida hasta los años setenta (Revuelta, 2007), al ser considerada, hasta entonces, como un proceso sencillo cuyos resultados eran necesariamente similares a lo que se proponía en el diseño. No obstante, la evidencia creciente de la brecha entre objetivos originales de las políticas y sus resultados, así como el impacto de esta diferencia en términos electorales, obligaron a prestarle atención (Van Meter & Van Horn, citados en Revuelta, 2007).

La implementación de políticas públicas se refiere al proceso interaccional entre el establecimiento de metas y las acciones desarrolladas para lograrlas (Pressman & Wildavsky, citados en Revuelta, 2006) que se concreta en el conjunto deliberado y secuencial de acciones que deben ejecutarse, a partir de un cúmulo de conocimientos considerados válidos, con la finalidad de alcanzar los

objetivos buscados con las intervenciones del Estado (Lahera, 2006; Olavarría, 2017), y que se dan en un proceso complejo que involucra una variedad de mecanismos, procedimientos y actores que ponen en juego teorías decisionales, instrumentos de intervención y recursos destinados en el proceso de formulación (Dimitrakopoulos & Richardson, citados en Olavarría, 2017). En otras palabras,

“la implementación es el proceso que ocurre entre las declaraciones formales de la política y el resultado final alcanzado [...], un momento, un proceso, a través del cual una política puede ser influenciada por diversas variables independientes – actores y factores– que pueden apoyar, alterar u obstruir el cumplimiento de los objetivos originales”. (Revuelta, 2007)

Siguiendo a Revuelta (2007), se requiere definir qué es lo que se implementa, en términos de si la política es una decisión administrativa hecha por el ejecutivo o uno de sus ministros, bajo la forma de un plan o programa; o un instrumento más formal, como puede ser un decreto administrativo o una ley para la que se ha requerido la aprobación del poder legislativo, puesto que afectarían las características de la política e incluso -como precisan Rein y Rabinovitz (citados en Revuelta, 2007)-, si existen regulaciones administrativas expedidas que funcionen como mecanismos operativos del imperativo legal. Claro está, a mayor formalidad, mayor probabilidad de preservación en el tiempo y menor sujeción al gobierno de turno.

Para el autor, es una mirada institucionalista la que conduce a pensar que los individuos se encuentran constreñidos por instituciones y que el cambio deliberado en éstas requiere del uso de la ley, puesto que las define, inicia y sostiene (Seidman, citado en Revuelta, 2007). De acuerdo con esta perspectiva, el gobierno sería capaz de utilizar su monopolio de poder para propiciar cambios comportamentales de la sociedad o el contexto existente, comprendiéndose la implementación como una consecuencia obvia de los objetivos que originan el diseño.

Contrariamente, Kaufman (citado en Revuelta, 2007) comprende que el proceso de comunicación, las capacidades y la actitud hacia la política son las tres variables que explican el éxito o fracaso de una implementación, poniendo de relieve la importancia del aspecto administrativo como variable interviniente en el destino de la política. Así, se enfatiza la importancia de la burocracia en el proceso de implementación, bajo el entendido de que los actores (individuos o grupos públicos y privados) son quienes realizan las acciones que buscan transformar las decisiones en principios operativos y esfuerzos prolongados destinados a cumplir los cambios ordenados por las decisiones políticas (Revuelta, 2007).

La relación entre los actores se da en dos dimensiones: vertical y horizontal. La primera dice relación con los vínculos administrativos y de autoridad entre niveles nacional, subnacionales, organismos del Gobierno y el interior de las organizaciones, a partir de los cuales fluyen decisiones, instrucciones, recursos e información. La segunda alude a la relación entre organizaciones del mismo nivel jerárquico y a los actores que buscan influir en el proceso de implementación para satisfacer intereses particulares. Por ello, al analizar un proceso de implementación se requiere considerar los contextos interorganizacionales y la variedad de mecanismos y procedimientos que se despliegan en la interacción de los diversos actores, los que resultan determinantes de los bienes o servicios que recibe la ciudadanía (Olavarría, 2017).

Con todo, el éxito de la implementación dependería del contexto de las políticas, las características de éstas, los agentes y agencias a cargo del proceso y las estrategias desarrolladas (Grindle & Thomas y Freeman, citados en Lahera, 2006).

A partir de las diferencias expuestas, Revuelta (2007) señala que no se trata sólo de una mirada institucionalista o burocrática, sino de una serie de factores que afectan y determinan el proceso de implementación. De acuerdo con ello, Olavarría (2017) señala que existen dos enfoques determinantes en el análisis de la implementación, *forward mapping* y *backward mapping*, los que permiten observar las fuerzas o factores que definen el curso del proceso, vale decir, “el conjunto de patrones observados del comportamiento organizacional o interorganizacional que se dan en el proceso en el que se busca lograr las metas establecidas de la política en funcionamiento” (párrafo 20), de los cuales se obtienen las explicaciones (Hasenfeld y Brock, citados en Olavarría 2017) que hacen comprensibles los resultados.

El primer enfoque, *forward mapping*, es un modelo de análisis *top-down* que entiende que, en la cúspide, los diseñadores mantienen claramente definido el propósito de la política, la que se desarrolla crecientemente, a través de una secuencia de acciones desarrolladas por los implementadores de cada nivel organizacional. Desde esta perspectiva, el diseño formal de la política y las variables legales resultan determinantes en como resulta la implementación, aun cuando se reconoce que el contexto político, económico y legal, así como el comportamiento individual, afectan el proceso (Sabatier y Mazmanian, 1980).

El segundo enfoque, *backward mapping*, es un modelo de análisis *bottom-up*, que analiza la implementación a partir de la observación del nivel operativo más bajo, revisando si el organismo implementador cuenta con las capacidades y habilidades requeridas para lograr efectivamente las metas definidas por la política pública. Según Elmore (citado en Olavarría 2017), mientras más cerca se encuentra alguien del problema, más influencia tiene sobre él, de modo que los burócratas del nivel inferior resultan claves en la implementación al ofrecer solución a las omisiones o situaciones no previstas por el diseño de la política pública, mediante el diseño de rutinas y mecanismos administrativos (Lipsky, 1980). Con ello, la implementación se considera un proceso no lineal, que debe ser administrado (Basu, citado en Lahera, 2006).

Considerando la importancia de ambas miradas, diferentes autores han realizado propuestas para analizar el proceso de implementación. Una de ellas es la que ofrecen Rein y Rabinovitz (1978), quienes establecen tres fuerzas básicas que influyen en el proceso de implementación:

1. Imperativo legal: modo en que los actores formalizan la expresión de sus intereses e implica que todos los actores y burócratas deben obedecer la ley tal como ha sido aprobada.

2. Imperativo burocrático-racional: considera el razonamiento del nivel burocrático, en la medida que comprende que la obediencia a la ley escrita sólo puede ser aplicable si resulta razonable y justa, de acuerdo con sus principios y viabilidad.

3. Imperativo consensual: implica el sometimiento de la implementación a las preferencias de los grupos de interés, con preeminencia de este principio sobre el imperativo legal y el burocrático-racional.

Este modelo considera la posibilidad de conflicto entre los tres principios en las diferentes etapas de la implementación: creación de reglas, distribución de recursos y supervisión.

Hassenfeld y Brock (citados en Olavarría, 2017), por su parte, establecen que las variables intervinientes se pueden agrupar en 5 tipos de fuerzas impulsoras en un proceso de implementación, cuya jerarquización dependerá de las circunstancias que afecten la implementación de una política pública. Olavarría (2017), considerando el aporte de diversos autores, las describe de la siguiente manera:

1. Búsqueda de racionalidad: se refiere a la capacidad de definir formalmente la estructuración del proceso de implementación que encuentran expresión en el conjunto de acciones planteadas y ejecutadas por los implementadores, con el propósito explícito de alcanzar las metas establecidas en el diseño, las que se basarían en experiencias previas y la evidencia del uso eficiente de los recursos surgida de las evaluaciones de políticas, parte esencial de una implementación racional.

2. Adecuación organizacional al entorno de la política pública: hace referencia a la capacidad organizacional de desarrollar estructuras y procesos que ajustan los patrones institucionales y económicos para la provisión de servicios al contexto en que se desenvuelve la política, en función de las demandas del medio externo a la organización. Esta capacidad de adecuación afectaría el resultado, en la medida que el ajuste de la estructura organizacional, los procedimientos de trabajo y las competencias del personal determinarían el cumplimiento del mandato de la política pública.

3. Discreción y adaptación burocrática: es la medida en que los funcionarios del nivel inferior de la organización definen el modo en que se da cumplimiento al mandato de la política pública recibida por la organización a cargo de su implementación. Elmore (citado en Olavarría, 2017) establece que la capacidad para dar solución a problemas complejos aumenta al maximizar la discreción al punto más próximo al problema.

4. Relaciones de poder: considera la arena en que los grupos de interés compiten y desarrollan estrategias para obtener el control de los recursos, lo que determina el destino del proceso de implementación. Así, el conflicto y las formas de imposición, negociación y cooperación permiten superar las dificultades y continuar con la implementación.

5. Liderazgo y competencia: hace referencia a la capacidad de los encargados de la implementación para encabezar la tarea y encauzar el esfuerzo colectivo hacia el cumplimiento de las metas de la política, poniendo a disposición una combinación de conocimientos y habilidades específicas, integradas y aplicadas en función de la realización de la estrategia organizacional.

Evidentemente, tanto el enfoque *top-down* como el *bottom-up* cuentan con aspectos fuertes y débiles al intentar establecer qué elementos resultan más importantes al enfrentar el análisis de la implementación de políticas públicas. Ante ello, Sabatier (citado en Revuelta, 2007, p. 14), señala:

“En resumen, el enfoque *top-down* parece tener una ventaja comparativa en situaciones donde: 1) existe una pieza de legislación dominante que estructura la situación; o cuando 2) los recursos para la investigación son muy limitados, el investigador se encuentra interesado de manera principal en respuestas promedio y cuando la situación se encuentra estructurada al menos moderadamente bien. En contraste, el enfoque *bottom-up* es más apropiado en situaciones donde 1) no hay

una pieza dominante de legislación sino un gran número de actores con dependencias de poder; o donde uno está principalmente interesado en la dinámica de las diferentes situaciones locales”.

El complejo campo del análisis de la implementación de políticas públicas se ve robustecido por una mirada híbrida, que se manifiesta a través del aporte de diversos autores y sus propuestas, las que van más allá de los enfoques señalados. Citados por Revuelta (2007), los autores que se señalan a continuación presentan planteamientos que se consideran importantes para observar el proceso de implementación:

Pressman y Wildavsky señalan la existencia de tres tipos de retraso: a) los no planeados o accidentales; b) los intencionalmente causados por los participantes para detener una acción no deseada o rediseñar el desarrollo de un programa; y c) las diversas prioridades en el tiempo.

Bardach establece el concepto de *fixer* o reparador, que es aquel que busca corregir el rumbo que está tomando una política. De acuerdo con lo expuesto, este reparador debe tener poder, autoridad formal, recursos y conocimientos del área.

Van Meter y Van Horn, en tanto, señalan el nivel de cambio y el nivel de consenso como variables para pronosticar un mayor o menor éxito de una política, puesto que una política que induce pequeños cambios y goza de amplio consenso tendría más probabilidades de éxito y viceversa. Y añaden que el consenso sería un elemento más importante que el cambio requerido, a lo largo de todo el proceso de implementación.

Dada la complejidad del proceso de implementación y la diversidad de factores que influyen en el logro de los propósitos deseados, existe coincidencia entre algunos autores respecto la dificultad de contar con una política que satisfaga a todas las partes, incluidos los políticos diseñadores, sus electores, los burócratas implementadores y los supuestos beneficiarios o clientes. Así, Bardach (citado en Revuelta, 2007) señala que, aun en el proceso de implementación más pequeño, las relaciones políticas e institucionales son excesivamente numerosas y diversas como para admitir proposiciones generalizadas, en términos de una teoría general del proceso de implementación.

Elmore y Parsons (citados en Revuelta, 2007), por su parte, señalan que ninguno de los marcos capta la complejidad del proceso de implementación en su totalidad, pero cada uno aporta un elemento aclarador. Por ello, Elmore promueve la adopción de múltiples marcos con el fin descubrir los distintos elementos que afectan las fases del proceso de implementación

Ahora bien, en opinión de Olavarria (2017, párrafo 84),

“las características de la política pública y del contexto en que esta se desenvuelve son los aspectos que determinarían cuál sería la fuerza impulsora dominante. Las políticas que arrastran apreciables niveles de conflicto y que se desenvuelven en ambientes de alta controversia política serían más proclives a que la fuerza impulsora dominante sea la relación de poder; mientras que políticas endogámicas, con alto componente técnico, que involucran cambios de orientación y modificaciones organizacionales, tendrían una mayor propensión a que las fuerzas impulsoras dominantes sean liderazgo, competencia, búsqueda de racionalidad y ajuste organizacional”.

Sabatier y Mazmanian (1979) refuerzan esta idea, señalando que un cambio del *statu quo* puede ser logrado por una ley u otra decisión política siempre que cumpla con 5 condiciones que determinan la efectividad de una implementación de política pública:

1. El programa se basa en una teoría sólida que relaciona los cambios en el comportamiento del grupo objetivo con el logro del estado final deseado (objetivos).
2. El estatuto (u otra decisión política básica) contiene directivas políticas inequívocas y estructura el proceso de implementación para maximizar la probabilidad de que los grupos objetivo se desempeñen como se desea.
3. Los líderes de las agencias ejecutoras poseen habilidades gerenciales y políticas sustanciales y están comprometidos con las metas decretadas.
4. El programa cuenta con el apoyo activo de grupos de electores organizados y de algunos legisladores clave (o el director ejecutivo) durante todo el proceso de implementación, con los tribunales neutrales o de apoyo.
5. La prioridad relativa de los objetivos legales no se ve socavada significativamente con el tiempo por la aparición de políticas públicas en conflicto o por cambios en las condiciones socioeconómicas relevantes que socavan la teoría "técnica" o el apoyo político del estatuto.

De acuerdo con lo señalado, los autores establecen que

“cuanto mayor sea el cambio que se ha ordenado, más oposición presenten los grupos contrarios y más diversas sean las actividades proscritas, mayor debe ser el grado de estructuración estatutaria, la habilidad de los funcionarios encargados de la implementación, el apoyo de los grupos de electores y soberanos, y la estabilidad en las condiciones socioeconómicas si se desea alcanzar los objetivos legales”.

Las ideas de Henry Mintzberg (1995) acerca de las estrategias emergentes que en política pública se observan, enriquecen la mirada que se puede tener para analizar la implementación de políticas públicas.

Desde su perspectiva, el sector público tradicionalmente ha considerado, con la noción de “política pública”, lo que en las organizaciones privadas significa “estrategia”, es decir, una guía, plan, conjunto de directrices que, articulado de forma racional, se erige como un modo de proceder desde el que intencionadamente se desea influir sobre decisiones futuras y que, en el Estado, se trata de una formulación que surge de la conceptualización política de un problema, distinguiéndose de la “administración” en que formaliza el trabajo que se designa a los servidores públicos cuya burocracia aplica.

Aquella mirada tradicional se pone en entredicho cuando emergen políticas que carecen de anuncio previo o surgen desde las entrañas del sistema, en contraposición a las disposiciones generadas en el nivel del diseño por resultar éste impracticable o que surgen por sí mismas, como un uso, sin que se encuentren necesariamente escritas. Por ello, Mintzberg considera las miradas que proponen que resulta inoficioso seguir hablando de políticas y que, en su lugar, se debe considerar que la acción pública se desarrolla también en base a meras decisiones, a intereses de poder individual y a

determinaciones carentes racionalidad, pero observa que si las políticas públicas no surgen de procesos completamente racionales, tampoco lo hacen desde el azar o el abordaje de cada crisis.

A partir de lo expuesto, Mintzberg establece que las políticas públicas pueden ser originadas a partir de diferentes tipos de estrategias, diferenciando entre intencionales (el plan a seguir establecido) y ejecutadas (la norma de acción que resulta en conductas congruentes en el tiempo, sean éstas intencionales o no). Las segundas se dividen entre deliberadas (aquellas que se ejecutan efectivamente según el plan establecido) y emergentes (cuya ejecución se aleja de la planificación sencillamente no fue planificada).

La noción de estrategia emergente se distingue de los planteamientos tradicional (político) e incremental, pero surge de la consideración de ambas concepciones en la medida que comprende que no existe una estrategia puramente deliberada ni puramente emergente, antes bien, las organizaciones aprenden mientras formulan la estrategia, la que puede ser incluso el resultado de sus propias acciones, por lo que pueden surgir de diversos tipos de procesos: graduales, colectivos, espontáneos o a partir de acciones individuales, sin siquiera existir una intención de administrarlos.

Según este planteamiento, ante situaciones desconocidas y sobre las que se cuenta con poco conocimiento como para formular una estrategia intencional viable, se requiere de un abordaje a través del aprendizaje gradual o estrategias de tipo sombrilla, vale decir, mediante directrices generales y sin control sobre detalles específicos que, deliberadamente, permitan cierto grado de emergencia en la estrategia y puedan convertirse en estrategias de proceso que buscan no controlar las directrices generales del contenido de la estrategia, sino el proceso en que ésta se forma.

En este punto, cobra valor una respuesta surgida desde el nivel operativo su flexibilidad para actuar frente a los problemas locales, convirtiéndose, a su vez, en formuladores de la política y contando con un conocimiento experiencial que los hace idóneos para discernir la viabilidad de la estrategia intencional, aspecto en el que generalmente se ven impedidos de incidir dada su posición en el sistema y que es resuelto por los políticos diseñadores, quienes se encierran más alejados de la situación real.

Por otro lado, siempre es posible el surgimiento de estrategias desconectadas, que tienen curso de manera muy independiente en los rincones del sistema, ocasionalmente contra la estrategia declarada (clandestinas), pero siempre surgidas de forma emergente, a partir de los intereses personales de quienes las practican o en contraposición a las definiciones formales por considerarlas impracticables.

Por su parte, Weissbluth (2008) ofrece dos conceptos relevantes para el análisis del proceso de implementación de políticas públicas. El primero de ellos es el de lógica difusa, referido a la capacidad de considerar que definiciones menos precisas pueden resultar más significativas para evaluar y analizar sistemas complejos, especialmente en aquellos en que todo parece -en sus palabras- un “despelote”, un desorden, con la consiguiente falta de claridad para dar cuenta del funcionamiento del elemento de análisis. Para su comprensión se requiere de a) “un análisis de todos los componentes del sistema en sus estructuras, funciones, procesos y conductas” (p.14), sin emitir juicios de valor; b) analizar las obstrucciones y dificultades existentes en las relaciones de poder, en la generación de conocimiento, la producción de valor agregado, los componentes emocionales y valores institucionales; y c) “entender las interacciones entre las variables críticas dentro del sistema y con su entorno” (p. 14).

Para desarrollar esta comprensión se requiere simplificar la complejidad y el manejo de las interdependencias, mediante un diagnóstico holístico y la identificación de los actores relevantes.

Por otro lado, el autor acuña el concepto de “insularidad”, noción con el que da cuenta de un fenómeno organizacional que ocurre corrientemente en el sector público, especialmente a propósito de 1) la generación de cúpulas institucionales; 2) la burocracia profesional, compuesta por profesionales especialistas, según lo ha descrito Mintzberg (citado en Waissbluth 2008), caracterizada por un elevado grado de autocontrol, sin gran contacto con el resto de la organización, resistentes a las coordinaciones y estrategias institucionales y desdeñosos con las funciones administrativas; 3) los directivos institucionales sin interés o con pocas herramientas para el microgerenciamiento y la coordinación, que se entienden con cada subordinado por separado; y 4) la competencia ecológica que se da entre “especialistas temáticos” de cada área organizacional.

IV. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué desafíos enfrentó el Servicio de Salud Metropolitano Norte durante la implementación y operación de las residencias sanitarias?

2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivo General

Analizar el proceso de implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias, en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, en el contexto de emergencia sanitaria mundial por COVID-19.

2.2. Objetivos Específicos

- Describir el contexto, contenido y proceso de la Estrategia de Residencias Sanitarias, en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, desde la perspectiva de los actores involucrados en su implementación.
- Identificar los desafíos de gestión enfrentados, en la implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias, por parte del Servicio de Salud Metropolitano Norte.
- Describir los aspectos facilitadores y obstaculizadores que presentó el Servicio de Salud Metropolitano Norte durante la implementación y operación de las Residencias Sanitarias.

3. DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA

La presente investigación, de carácter exploratorio-descriptiva, consiste en un estudio de caso, construido a partir de la información obtenida de fuentes escritas e informantes claves. Se obtuvo información de fuente primaria, a partir de entrevista semiestructurada y la teoría fundamentada como paradigma interpretativo. Se realizaron un total de 6 entrevistas, dirigidas a identificar las percepciones que tienen diferentes actores involucrados directamente en la implementación de las residencias sanitarias del Servicio de Salud Metropolitano Norte, en el contexto de pandemia mundial por COVID-19.

De manera complementaria, se efectuó una revisión de fuentes secundarias, fundamentalmente compuestas por estudios académicos y evidencia científica internacional sobre COVID-19, medidas de aislamiento y dispositivos sanitarios para tales efectos; documentos oficiales propios de la gestión efectuada por los órganos estatales; comunicaciones personales, desarrolladas mediante correos electrónicos entre los actores involucrados; la legislación vigente en materias atinentes al problema bajo estudio; y artículos de prensa. Estos elementos permitieron dar cuenta de la realidad contextual, nacional y mundial, en que se enmarca la investigación.

El proceso de análisis de política pública, tanto en términos del diseño como de la implementación, requiere de la adhesión a un marco conceptual que establezca una pauta para la aproximación a las fuentes de información, así como a la producción de información a partir del análisis. En este caso, por su vigencia y por las perspectivas que ofrece al momento de explorar el tema, hemos tomado el modelo teórico para el análisis de políticas públicas desarrollado por Walt y Gilson (1994), cuya especificidad será comentada posteriormente.

3.1. Tipo de investigación: estudio de caso

El estudio de caso es una de las formas de hacer investigación en ciencia social y es utilizado, generalmente, cuando se trata de responder a las preguntas de “cómo” o “por qué” (Yin, 1981; Chetty, 1996), cuando el investigador tiene poco control sobre los eventos, el foco está puesto sobre un fenómeno contemporáneo y el objetivo es extender y generalizar (analíticamente) las teorías en lugar de enumerar las frecuencias, por cuanto este método permite retener las características significativas de los eventos de la vida real (Yin, 1981).

De acuerdo con lo señalado, constituye una herramienta valiosa de investigación al permitir registrar la conducta de personas involucradas en el fenómeno estudiado, así como por favorecer el uso de una rica diversidad de fuentes de información, tanto cuantitativas como cualitativas (Yin, 1981; Chetty, 1996; Martínez, 2006).

El estudio de caso se encuentra al servicio de iluminar una decisión o juego de decisiones, es decir, por qué éstas se tomaron, cómo se realizaron y qué resultado se obtuvo (Schramm citado en Yin, 1981), permitiendo explorar los fenómenos desde perspectivas diferentes, de acuerdo con la influencia de múltiples variables, así como explorar con mayor profundidad y amplitud cada fenómeno (Chetty, 1996 citado en Martínez, 2006). Así, se trata de una investigación comprensiva (Yin, 1981), caracterizada por el examen a fondo de uno o más casos particulares (Hamel 1992, en Arzaluz, 2005).

La metodología cualitativa ha sido esencial en el desarrollo de las disciplinas orientadas al estudio y comprensión de las empresas, con utilidad en la resolución de problemas empresariales y su enseñanza (Martínez, 2006). En particular, el estudio de caso puede entenderse como una estrategia de investigación orientada a la comprensión de las dinámicas existentes en contextos singulares (Eisenhardt, 1989).

En efecto, así lo entienden también Barzelay y Cortázar (2004, p. 9) quienes, al igual que Bardach (1998), consideran las prácticas de gerencia social como “métodos específicos que utilizan los gerentes sociales para interactuar en situaciones problemáticas referidas al campo del desarrollo social y/o al desempeño de las organizaciones y programas sociales, y de las cuales se esperan resultados valiosos”.

Kingdon y Barzelay (citados en Barzelay & Cortázar, 2004), comprenden que las prácticas gerenciales cobran valor al ejecutarse ante situaciones consideradas como problemas, cual es, situaciones sociales u organizativas insatisfactorias y que requieren de un cambio posible a través de aquellas. Moore (1998), en tanto, propone que tales prácticas generan valor cuando las acciones efectivamente resuelven problemas de usuarios directos, respondiendo a las aspiraciones ciudadanas. Pero también las prácticas gerenciales se constituyen en procesos, lo que Pettigrew

(citado en Barzelay & Cortázar, 2004) conceptualiza como una secuencia de acciones desarrolladas en el tiempo y en un contexto determinado. Por ello requieren ser estudiadas como un todo, resultando el estudio de caso una alternativa pertinente.

Para el caso presente, que busca definir aquellos aspectos de la gestión que resultaron determinantes en la implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias por parte del Servicio de Salud Metropolitano Norte, las preguntas de cómo y por qué se tomaron las decisiones que dieron curso a la implementación resultan centrales para arribar a los aspectos esenciales y determinantes del desarrollo de la estrategia a nivel local.

Ahora bien, Arzaluz (2005) refiere que se pueden señalar dos objetivos más, relevantes para el presente estudio: la intención de efectuar una investigación profunda sobre un proceso determinado, conservando la visión total del fenómeno; y la ausencia de la intención de generalizar, en términos del sentido estadístico.

El autor también menciona que existen diferentes interpretaciones que señalan lo que un estudio de caso debe ser, pero las miradas tienden a considerar el hecho de que se trata de una investigación de un fenómeno social, a través de métodos cualitativos de investigación o encuestas, a menudo utilizando diversas fuentes de análisis (Feagin, Orum & Sjoberg, 1991), para describir una fase o el proceso vital de una unidad y sus interrelaciones, con otras unidades, en un escenario cultural (Young, 1939).

Como quiera que sea, el método del estudio de caso dista de ser una técnica particular para la obtención de datos, antes bien, constituye una forma de organizarlos en función de una unidad de análisis escogida, utilizando cualquier técnica de recogida de información (Goode & Hatt, 1976).

Arzaluz (2005) considera, entre sus ventajas, el hecho de que el estudio de caso permite investigar eventos y acciones en sus escenarios naturales; proveer información de diversas fuentes y durante un periodo, permitiendo un estudio holístico de realidades complejas, redes sociales, acciones y sus significados sociales; ofrecer un panorama de las variantes de la vida social y patrones de conducta cambiantes en el tiempo; favorecer la generalización teórica y el surgimiento de nuevas interpretaciones y conceptos o la reexaminación e interpretación innovadora de los mismos; y que son útiles al establecimiento de políticas públicas y al ajuste de acciones y expectativas.

Por el contrario, entre las principales desventajas se cuenta, para el mismo autor, la tendencia a la generalización, por parte del investigador, cuando no existen las suficientes evidencias empíricas y lo oneroso del método, habida cuenta de que cada uno de los casos elegidos constituye, de suyo, una investigación que requiere dedicarle tiempo y esfuerzo. Además, indica que uno de los problemas que enfrenta el estudio de caso es la validez, entendida como el grado de exactitud de la medición realizada, cual es, la capacidad del instrumento para mide lo que dice medir. Otro de los problemas enfrentados es el de la confiabilidad, es decir, si un instrumento mide de la misma forma cada vez que es usado, en iguales condiciones, y aplicado a los mismos sujetos.

Claro está, las definiciones recién señaladas no pueden ser aplicadas estrictamente al estudio de caso, al menos no así formuladas, principalmente porque la selección del caso es subjetiva en lugar de aleatoria y porque la investigación por medio de estudio de caso requiere de algunos ajustes en tales definiciones.

De acuerdo con lo expuesto, Arellano (citado en Arzaluz, 2005) comprenderá como validez interna el hecho de que las ideas, categorías y relaciones sean útiles y usadas por diferentes autores. En cuanto a la validez externa, los estudios de caso no pueden ni buscar, de suyo, establecer leyes generales, antes bien, consiguen ser capaces de generar ideas ante diversos escenarios. La confiabilidad, en tanto, debe considerar que los estudios de caso no pueden ser repetidos, a sabiendas de que buscan el análisis de fenómenos complejos, en un tiempo determinado, en escenarios sociales cambiantes.

Para constituir la prueba de validez de la estructura, se deben establecer, en los objetivos, los cambios específicos que serán estudiados y demostrar que las medidas seleccionadas de dichos cambios reflejan, de forma específica, los cambios seleccionados (Yin, 1981). Para el caso del presente estudio, por un lado, los objetivos de investigación buscan específicamente determinar qué aspectos de la implementación llevaron, de un estado de inexistencia de residencias sanitarias, al estado de puesta en marcha y funcionamiento de las mismas. Por otro, nos hemos dirigido justamente en la dirección que consulta por las medidas de gestión desarrolladas para que esos cambios, en específico, hayan resultado posibles.

En consideración de expuesto, se realizaron las siguientes actividades de producción de información: entrevistas semiestructuradas a los actores clave; revisión de literatura gris relacionada con la materia y el uso de datos cuantitativos asociados con el fenómeno de fondo que justifica la relevancia de la investigación. Además, se cuenta con documentos propios de la gestión realizada, en la implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias llevada a cabo por el Servicio de Salud Metropolitano Norte, que establecen la cadena de evidencia, junto con la revisión de los borradores de entrevistas por parte de los entrevistados, a fin de asegurar que la información entregada fue la que deseaban informar.

La validez interna del estudio se encuentra dada por el hecho de que éste permite establecer una relación causal entre eventos (Yin, 1981), como lo hacen la serie de decisiones tomadas para ejecutar la implementación de las residencias sanitarias y el resultado de su puesta en marcha y funcionamiento.

Uno de los aspectos relevantes, para garantizar la validez interna, es que el investigador arribe a conclusiones habiendo considerado la interferencia de variables que hayan participado de los resultados que se investigan (Yin, 1981). En el caso presente, las variables determinantes se encuentran dadas por las decisiones que fueron tomadas para ejecutar las acciones, enmarcadas en los alcances que determina la ley para el ejercicio de la función pública, por lo que aquellas variables no consideradas *a priori*, se relacionan directamente con las acciones que ejecuta el tomador de decisión al momento resolver los problemas específicos que impone la implementación de las residencias sanitarias, situación que se hace más evidente ante los problemas emergentes resueltos, tanto en el nivel operativo como en de la gestión de la implementación.

La validez externa se encuentra dada por el dominio al que los resultados de un estudio pueden generalizarse (Yin, 1981). Para el caso presente, se refiere a los nuevos estudios que puedan dar cuenta de qué decisiones son relevantes para implementar dispositivos de aislamiento en condiciones de emergencia y garantizar su funcionamiento. Para ello, resultan valiosos los documentos anexos, por cuanto, de acuerdo con Yin (1981), permitirán a futuros investigadores generar conocimiento y comparar resultados a partir de nuevos estudios, siguiendo los mismos

procedimientos y contribuyendo a la teoría general en la medida que se vuelve un vehículo para examinar otros casos.

La confiabilidad del estudio, entendida como la demostración de que los procedimientos de recolección de datos pueden repetirse con los mismos resultados (Yin, 1981) se encuentra dada por el hecho de que se trata de un estudio basado en entrevistas a informantes claves que tuvieron directa incidencia en la toma de decisiones que determinaron lo que se consulta en la investigación, cual es, aquellos aspectos que fueron fundamentales en el proceso de implementación y funcionamiento de la estrategia de residencias sanitarias en el Servicio de Salud Metropolitano Norte. Así, cualquier investigación que busque hacer un esfuerzo comprensivo del fenómeno, deberá efectuar preguntas similares a las realizadas en el presente caso y dirigir las a los mismos informantes claves si se quiere obtener información de primera fuente.

Ante las dificultades mencionadas para la realización de los estudios de caso, Stake (citado en Arzaluz, 2005) recomienda la triangulación de las fuentes de información, de los investigadores y las perspectivas teóricas, considerada como un proceso de uso de percepciones múltiples para clarificar significados, verificando la repetición de observaciones. Al respecto, cabe mencionar que la presente investigación es exploratoria, se desarrolla en función del cruce de miradas de los tomadores de decisión, fuente primera de información, con las fuentes secundarias revisadas y contraste con el *frame* propuesto por reconocidos autores en cuanto al análisis de políticas públicas de salud se refiere, resultando, a la vez, un complemento para futuras investigaciones, efectuadas por otros investigadores, incluso con diferentes perspectivas teóricas.

En cuanto a la generalización, los resultados de un estudio de caso no operan como una muestra representativa del fenómeno, de modo que los resultados no son considerables como válidos para la totalidad de una población. Sin embargo -y de acuerdo con Arzaluz (2005)-, se utilizará la teoría como el patrón comparativo, a la luz de los resultados empíricos del estudio de caso. Se trata, con todo, de una generalización analítica antes que estadística (Yin, 1981).

En particular, el presente estudio de caso corresponde al de un caso simple revelatorio, por cuanto responde a la oportunidad de observar y analizar un fenómeno previamente inaccesible (Yin, 1981). Si bien se ha descrito el uso de dispositivos de aislamiento masivo de personas y se han establecido algunas consideraciones para puesta en operación (Li et al., 2021), no se cuenta con documentos que exhiban en detalle un análisis de la gestión de los mismos y los aspectos que deben ser contemplados para su implementación y funcionamiento, especialmente si consideramos que el proceso se lleva a cabo únicamente en situaciones de pandemia, apremio temporal, emergencia sanitaria y en el marco de la función pública de agentes del Estado, situación que resulta consistente con lo planteado por Feagin, Orum y Sjoberg (1991), quienes refieren que también cabe considerarse, para definir un estudio, el criterio de los casos negativos, extremos o desviados.

De acuerdo con lo planteado por Yin (1981), aun cuando el presente se trata de un estudio de caso sencillo, por investigar un fenómeno específico al nivel del detalle operacional, es innegable que puede aportar, en conjunto con futuras investigaciones sobre el tema, como integración a una eventual teoría general. Así, a pesar de que sus pretensiones iniciales son de ser un estudio de caso holístico, es posible que, con el tiempo, termine siendo un parte de un estudio integrado, al convertirse en una subunidad de un desarrollo de campo investigativo más amplio.

3.2. Diseño del estudio de caso

Existen diversas miradas, según sean los autores que hayan teorizado, para dar cuenta de la estructura y características de un estudio de caso. A continuación se expondrán tres perspectivas de exponentes en la materia, a fin de permitir al lector imponerse de cómo ha sido considerado el presente caso de análisis.

Desde un punto de vista epistemológico, Ragin y Becker (citados en Arzaluz, 2005) indican que cabe esforzarse por diferenciar si el estudio de caso se comprende como unidad empírica o como un constructo teórico y si será entendido como general o específico. El cruce entre estas definiciones -que no son absolutas y pueden coexistir-, aun cuando se trata de una mirada abstracta, permite establecer lineamientos respecto de la investigación a desarrollar y la forma en que debe ser comprendida.

Para distinguir entre unidades empíricas o constructos teóricos, el investigador debe definir si el estudio de caso se desarrolla sobre una realidad relativamente verificable y sobre datos empíricamente descubiertos o bien, se trata del análisis de un caso constituido como resultado de consecuencias teóricas o convenciones. Así, la investigación llevará a considerar las unidades de análisis como parte integral del proceso investigativo, definiendo los casos como objetos (casos empíricamente reales cuya existencia se desea verificar o sus límites establecer cuando se casos generales o convencionales se trata); hechos (casos entendidos como constructos teóricos específicos, sin evidencia empírica más que la que se forma durante el curso de la investigación, de acuerdo con el proceso de refinamiento del caso que lleva a demostrar su significado teórico); o convenciones (casos como construcciones teóricas generales, resultados de la interacción investigativa y por ello, externos a cualquier investigación en particular).

Para definir si se trata de un estudio sobre un caso específico o general, se debe establecer la comprensión del investigador acerca de la unidad de análisis. Así, se requiere establecer si se trata de designaciones específicas desarrolladas durante el curso de la investigación o si corresponden a nociones generales y relativamente externas al objeto investigado, bajo el entendido de que incluso las unidades genéricas pueden ser tratadas como casos y/o categorías de un caso, existentes antes de la investigación y reconocidas como unidades válidas por el mundo científico.

Un modelo general de diseño de estudio de caso, establecido desde un punto de vista metodológico (Arzaluz, 2005), es el de Yin (1981), quien considera determinante y fundamental la pregunta que el investigador realice, a partir de la que se especifica y define la unidad de análisis a utilizar. Por su parte, la interpretación de hallazgos debe estar respaldada por evidencia convergente y considerarse como información que requiere ser replicada por otros casos.

El autor propone cuatro tipos de diseño de estudio de caso: a) caso sencillo, diseño holístico; b) caso sencillo, diseño incrustado; c) múltiples casos, diseño holístico; d) múltiples casos, diseño incrustado. Para diferenciarlos, establece una distinción primaria entre casos únicos o sencillos y múltiples casos. Los diseños de casos únicos resultan apropiados cuando se desea probar una teoría bien formulada y se tiene acceso a un caso crítico que cumple con todas las condiciones para probar aquella teoría.

Los diseños de casos múltiples, en tanto, son apropiados cuando se busca replicar los resultados de un caso único en otros o cuando se desea comparar casos diferentes para establecer patrones comunes o diferencias significativas.

Por su parte, los diseños holísticos buscan examinar el fenómeno en su totalidad, sin identificar subunidades específicas, mientras que el diseño incrustado implica la identificación y examen de subunidades específicas dentro del fenómeno de estudio.

Stake (citado en Arzaluz, 2005) diferencia entre los estudios de tipo intrínseco, instrumental y colectivo, propuesta que también consideran Barzelay y Cortázar (2004) y que se justifica a partir de la finalidad que persigue la investigación. Los estudios del primer tipo se desarrollan en un intento por entender un caso en particular, sin que represente otros casos, antes bien, la singularidad del mismo y su naturaleza es lo que resulta de suyo interesante de analizar; el segundo tipo refiere a un caso particular que se examina para proveer ideas o refinar una teoría respecto del abordaje de un problema, por lo que el caso mismo resulta secundario y su profundidad y detalle aporta al fin buscado; el tercero dice relación con la existencia de casos coyunturales que desean ser investigados bajo la idea de que así se puede mejorar su comprensión o la teoría.

La diferencia entre los tipos de casos puede resultar difusa, toda vez que siempre existen intereses simultáneos. No obstante, se puede pensar en diferentes niveles, abordando problemas “por el simple interés (caso intrínseco), por interés científico (instrumental) y extendiendo ese interés científico a niveles más amplios (colectivo)” (Arzaluz, 2005, pp. 121-122).

De acuerdo con lo señalado, en términos epistemológicos, el presente estudio de caso responde a uno de tipo específico, ya que no responde a nociones teóricas generales preexistentes, sino a las designaciones específicas que reciben los dispositivos de aislamiento desarrollados en Chile. Su objeto de estudio está definido por la unidad empírica de las residencias sanitarias implementadas en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, constituidas en objetos al tener una existencia empíricamente real que el curso de la presente investigación validará y delimitará.

Metodológicamente, la investigación se desarrolla mediante el diseño de un estudio de caso múltiple de diseño incrustado, por cuanto los resultados servirán para desarrollar comparaciones con casos diferentes con los que se podrá establecer una teoría bien formulada posteriormente.

La finalidad de la investigación, en tanto, considera que el presente estudio de caso es de tipo colectivo, pues responde al análisis de un evento coyuntural que puede mejorar la comprensión teórica de un fenómeno más amplio, como es el de los dispositivos de aislamiento y su gestión y procesos de implementación.

De acuerdo con lo señalado, el presente estudio de caso se ha realizado, metodológicamente, sobre una unidad empírica, las Residencias Sanitarias del Servicio de Salud Metropolitano Norte, comprendiéndola tanto de modo general (caso encontrado) como específico (caso como objeto), habida cuenta de que responde a un espacio y tiempo determinados, en un contexto específico, pero también inserto en la generalidad definida por los dispositivos de aislamiento de personas en situaciones de pandemia. Así -y por las mismas razones-, se tratará de un estudio de hechos, pero también de convenciones, al ser tratados como construcciones teóricas.

3.3. Fuentes generadoras de evidencia

En cuanto a las fuentes generadoras de evidencia, el estudio de caso considera que el discurso oficial es una de las fuentes relevantes, en la medida que normas legales, procedimientos, indicaciones (correos electrónicos, providencias, ordinarios...), etc. permiten entender la planificación e implementación de la estrategia de residencias sanitarias a partir de la racionalidad del proceso, pero elude la relación con los factores contextuales y la interacción de los actores involucrados, todo lo que resulta capaz de desviar la trayectoria prevista de los procesos (Barzelay & Cortázar, 2004) y generar la necesidad de estrategias emergentes (Mintzberg, 1995). Por ello, también resulta fundamental considerar otras fuentes, como las entrevistas a los gestores del Servicio de Salud Metropolitano Norte, quienes efectuaron realmente la implementación, considerando los documentos oficiales y de acuerdo con la planificación establecida por MINSAL.

La entrevista a los actores clave fue realizada mediante una entrevista semiestructurada, en base a una guía de preguntas, no obstante, se introdujeron interrogaciones adicionales a fin de buscar la precisión de algunas ideas y conceptos y obtener mayor información acerca de los temas emergentes en la conversación (Hernández, 2006). En el Anexo A se reproduce la entrevista semiestructurada utilizada, la cual fue construida a partir de una matriz que facilita el cruce de la propuesta efectuada por Barzelay & Cortázar (2004) para la construcción de estudios de caso, según los tipos de evento, y el modelo teórico propuesto por Waly & Gilson (1994), de acuerdo con el contenido, contexto y proceso de la política, por una parte, y la etapa de la política, por otra. Dicha matriz se reproduce en el anexo B.

Las categorías temáticas consideradas para la construcción de la pauta de entrevista fueron:

- Visiones sobre estrategia de residencias sanitarias.
- Visiones sobre la implementación de las residencias sanitarias.
- Valoraciones de la gestión realizada para la implementación de las residencias sanitarias en el Servicio de Salud Metropolitano Norte.
- Valoraciones sobre los aspectos facilitadores y obstaculizadores del desarrollo de la estrategia y del proceso de implementación de la política.

El trabajo de campo comenzó a efectuarse en octubre de 2021, una vez terminado el análisis documental, la construcción del marco de referencia y habiendo recibido el visado de la Profesora Guía, quien ayudó en el desarrollo de la pauta preliminar de preguntas. Los actores fueron contactados, las más de las veces, vía Ley del Lobby (Ley N° 20.730), por exigencia de las autoridades del Servicio de Salud estudiado. Sólo en un caso el contacto se realizó directamente.

Las entrevistas fueron concertadas con los actores, de acuerdo a las fechas y horarios que el Servicio de Salud Metropolitano Norte dispuso, en respuesta a las solicitudes presentadas, las que incluían el propósito de la conversación a desarrollar. Éstas fueron desarrolladas por videoconferencia, utilizando la plataforma Zoom y grabadas en el mismo medio, debiendo ser solicitado el envío de la grabación correspondiente con posterioridad.

La extensión de las entrevistas se había planteado entre 60 y 90 minutos, tiempo que tendió a cumplirse hacia el máximo estimado. Durante los encuentros se profundizaba sobre el tema de investigación y los objetivos perseguidos por el proyecto, enviando el consentimiento informado y solicitando su devolución por correo electrónico antes del inicio de las conversaciones. Ninguna

de las personas contactadas rechazó la participación, pero en su totalidad decidieron hacerlo en anonimato, tal como se aprecia en los consentimientos informados que se encuentran en los anexos.

Siguiendo a Barzelay & Cortázar (2004), lo anterior se contrastó, además, con artículos de prensa y otras fuentes de literatura gris que resultaron relevantes para el estudio, dada la información que puedan aportar y la posibilidad de triangulación que permiten, ampliando la perspectiva y robusteciendo la problematización y el análisis de las prácticas a la luz de los factores contextuales en que la política diseñada fue implementada.

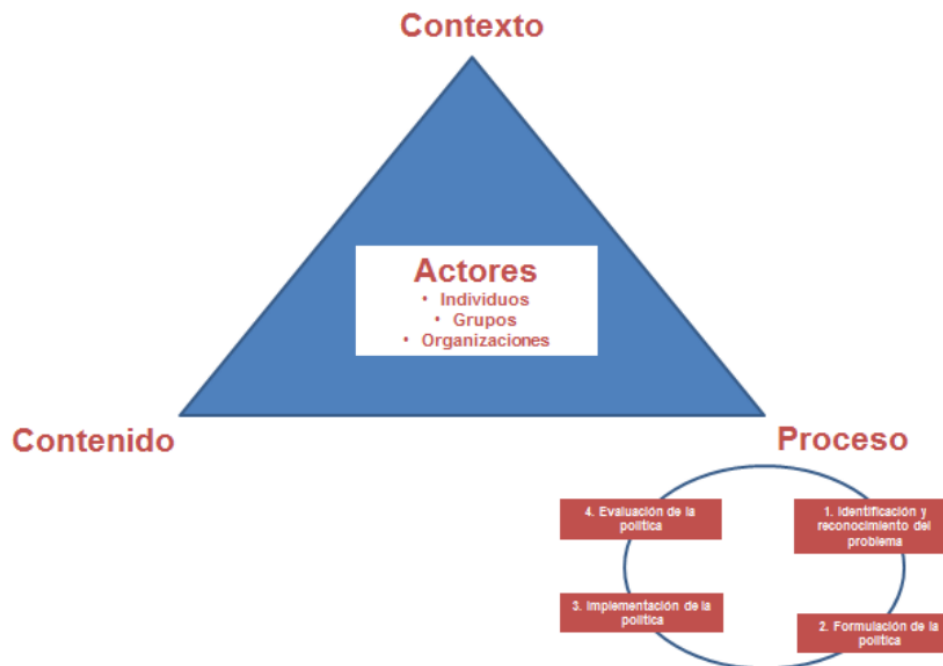
El análisis de la información se enmarca en lo expuesto por la teoría existente, articulándose de acuerdo con el modelo de Walt y Gibson (1994) y los elementos que considera relevante para el análisis de la política pública, a saber: los actores, el contexto, el proceso y el contenido de la misma.

3.4. Marco conceptual para el análisis de la información

El modelo de Walt y Gilson (1994) es el *frame* a la luz del cual se analiza la información obtenida. Su propuesta involucra cuatro etapas: identificación y reconocimiento del problema, formulación de la política, implementación de ésta y evaluación. Si bien estas etapas se suceden la una a la otra, de acuerdo con este modelo de análisis, en la realidad no necesariamente transcurren secuencialmente. Sin embargo, seguir este esquema facilita el estudio y análisis de las políticas públicas de salud, por cuanto favorece la comprensión del proceso que las articula (ver figura 12).

Figura 12.

Modelo de Walt y Gilson



Fuente: Pacheco, 2014.

En la identificación y reconocimiento del problema se explora cómo estos se posicionan o llegan a la agenda política. Así, lo que cuenta como problema -y por tanto, su definición- dependerá de la forma en que los formuladores de la política busquen acercarse al tema problematizado.

La formulación de las políticas dice relación con la indagación acerca de cómo se establece, se acuerda y comunica una política, así como los actores involucrados en su implementación, a menudo la fase más descuidada del proceso y que resulta, en ocasiones, bastante desconectada de los dos aspectos de la primera fase. Sin embargo, se trata de la fase más importante, ya que si las políticas no se aplican adecuadamente, se desvían o cambian durante su ejecución, los resultados serán diferentes a los esperados.

La implementación identifica lo que sucede una vez que una política se pone en práctica; la forma en la que se controla; si se orienta hacia sus objetivos y los logra; y si resultan consecuencias positivas o negativas del proceso. De este modo, la evaluación dice relación con la revisión de la política desarrollada y los ajustes o reformulaciones al problema que, a partir de ella, se generen.

El proceso puede verse afectado por los actores y su posición en las estructuras de poder, sus valores e intereses propios. El término actor se utiliza para denotar individuos, organizaciones, o incluso el Estado o gobierno. Los actores tienen injerencia en el proceso de las políticas a nivel local, nacional, regional o internacional, a través del poder y la forma en que lo ejercen. El grado en que los actores serán capaces de influir en la política dependerá, entre otras cosas, de su poder -percibido o real-, así como del contexto en el que viven y trabajan, y la influencia del nivel tanto gubernamental como institucional en el mismo.

El contenido refleja las dimensiones de las políticas públicas, es decir, hace alusión a los objetivos de las políticas públicas, así como a las estrategias para llevarlas a cabo. También contempla el grado de cumplimiento de las mismas y su tipo, es decir, si son explícitas, implícitas, discrecionales o estructurales.

En relación al contenido de las políticas, también es importante mencionar que se clasifican en función de la distribución de los beneficios y costos en que se ha incurrido. Así, las políticas redistributivas modifican la distribución de los recursos existentes, beneficiando a grupos sociales u organizaciones especiales para satisfacer un objetivo social; las políticas regulatorias involucran aquellas políticas que representan la forma como el ejecutivo interpreta y ejecuta la ley y están diseñadas para controlar e influenciar acciones, comportamientos y decisiones de otros actores, aplicando también sanciones; las políticas distributivas, son las que se encargan de distribuir beneficios a algunos segmentos de la población, pagados mediante ingresos de impuestos generales. Se trata de programas, subsidios para algunos sectores o áreas de interés social, recolección y disseminación de la información, etc.

De acuerdo con su contenido, las políticas también pueden clasificarse en utilitarias, liberales o comunitarias. Las políticas utilitarias son aquellas que a través de la suma de beneficios individuales buscan obtener la máxima utilidad. Las liberales se centran en los derechos y oportunidades individuales, tomando en cuenta la voluntad y respeto de cada persona, logrando sus objetivos a través de servicios y recursos mínimos, a diferencia de las comunitarias que son

centradas en las virtudes y en lograr un orden social adecuado mediante una verdad única, buena para una sociedad.

El contexto hace referencia a todos aquellos factores situacionales, estructurales, culturales, internacionales y exógenos que participan en la construcción de las políticas: los factores situacionales son condiciones transitorias, no permanentes, que pueden tener impacto en el desarrollo de las políticas, por ejemplo guerras, terremotos, desastres naturales; los factores culturales hacen alusión a sociedades con jerarquías, formas, minorías étnicas o lingüísticas, estigmas de la enfermedad, inequidad de género y religión; los factores internacionales o exógenos, son aquellos que conducen a una interdependencia entre los estados y la influencia de la soberanía y la cooperación internacional en salud; los factores estructurales son aquellos elementos inmutables de la sociedad, que pueden incluir al sistema político y las oportunidades de la sociedad civil para participar en las discusiones políticas, así mismo involucra el tipo de economía, la base de empleo y aspectos demográficos.

3.5. El análisis de la información

La propuesta metodológica de análisis de la información recogida, a partir de las entrevistas semi-estructuradas realizadas a los actores claves en el proceso de gestión de las residencias sanitarias implementadas por el Servicio de Salud Metropolitano Norte, se realiza bajo las directrices establecidas por la teoría fundamentada (Charmaz, 2006; Strauss y Corbin, 2002), mediante la que es posible encontrar categorías temáticas que emergen del análisis de datos, producto de un proceso iterativo de construcción y reconstrucción de categorías (Rodríguez, G., 1999) que busca reconocer un discurso común de los entrevistados (Vásquez, M., Ferreira, M. & Mogollón, A. 2005). En tales categorías emergentes y sus relaciones, el investigador encuentra la teoría para explicar el fenómeno estudiado (Rodríguez, G. 1999).

La definición inicial de algunas categorías a explorar en las entrevistas requiere de la utilización conjunta de aquellas con las emergentes a partir del discurso analizado de los actores, decantando el proceso en nuevas categorías definitivas (Dahlgren, L., Emmelin, M., Winkvist, A., 2009).

El proceso realizado para efectuar el análisis de la información fue el siguiente:

- Registro de entrevistas mediante grabaciones de videoconferencias realizadas por plataforma Zoom, previo consentimiento de los actores entrevistados.
- Solicitud de envío de las grabaciones a las instancias definidas por el Servicio de Salud Metropolitano Norte, las que fueron descargadas en computador personal.
- Transcripción de las entrevistas de forma textual, palabra por palabra, tal como fueron expresadas por los entrevistados. Esta actividad fue desarrollada por una persona contratada específicamente para esa función, a quien se le remuneró por ella y se le solicitó la devolución de la transcripción con código en lugar del nombre de la persona entrevistada.
- Cotejo de las transcripciones con audios de las entrevistas, a fin de asegurar la precisión de labor realizada.
- Envío de las transcripciones revisadas a los entrevistados, solicitando confirmar que la información contenida se ajusta a lo ocurrido en la entrevista y a lo que desean expresar y recepción de sus respuestas.

- Ordenamiento de los datos en párrafos, según las categorías emergentes, a partir de los contenidos vertidos por los entrevistados. De cada párrafo se extrajeron las ideas centrales, las que fueron siendo ordenadas en una planilla Excel que permitió efectuar una organización de la información según categorías y subcategorías.
- Análisis de la información articulada según categorías, en procesador de texto WORD, comparando la información aportada por cada entrevistado y extrayendo citas textuales.

Cabe señalar que el análisis se complementa con una estrategia de análisis comparativa, la cual establece que la recolección y el análisis de la información no son procesos continuos, sino paralelos, lo que le otorga al investigador la posibilidad de ir profundizando, en las entrevistas, categorías de análisis surgidas del proceso de codificación (Bonilla-García y López-Suárez, 2016).

Lo anterior, claro está, resulta complementario al modelo de Walt y Gilson (1994), desarrollado previamente y que estructura de análisis general de la presente investigación, habida cuenta de que facilita el análisis de la política pública desde la perspectiva de sus etapas de desarrollo, a partir del rol jugado por los actores, mientras que la teoría fundamentada profundiza en los relatos de los actores y las categorías que de allí emergen, a partir de lo que se obtienen explicaciones sobre la trayectoria cursada por la política pública.

Varios autores (Yin, 1981; Ragin y Howard, citados en Arzaluz, 2005; Barzelay & Cortázar, 2004) entienden que la búsqueda del estudio de caso es la de reconstruir una experiencia en su globalidad, considerándola como una totalidad. Así, el empleo de los modelos de análisis mencionados enriquece metodológicamente el estudio, al conjugar enfoques complementarios que amplían la perspectiva de análisis.

Más allá de la subjetividad de los actores y la interpretación sobre su participación en la política, el análisis se nutre también de documentos oficiales y comunicaciones entre distintos niveles del Estado y al interior del Servicio de Salud Metropolitano Norte, que tienen lugar antes y durante el proceso de implementación y que, si bien vienen a situar el rol y lugar que ocupan los actores en la estrategia de residencias sanitarias, tienen un carácter documental y -de acuerdo con Barzelay & Cortázar (2004)- representan un aspecto objetivo del proceso. Además, permiten dar cuenta de los ajustes que se van realizando con el surgimiento de problemas y las necesarias estrategias emergentes (Mintzberg, 1995) para su abordaje.

3.6. Criterios de confiabilidad y validez

Contar con una pauta que guíe la entrevista aumenta la posibilidad de que todos los temas de interés para la investigación sean cubiertos durante el proceso de entrevistas, al tiempo que favorece una disminución de la incertidumbre en el proceso de codificación y sub-codificación de las respuestas.

Al ser el autor el único entrevistador, se reduce la variabilidad entre entrevistas asociadas a este factor y permitió orientar las entrevistas desde lo general a lo particular para luego hacer énfasis en aspectos de mayor sensibilidad y dificultad. Junto con ello, se realizó un esfuerzo por formular preguntas amplias, neutras y claramente entendibles por parte de los entrevistados, las que, además, fueron previamente revisadas por la docente guía de la presente investigación.

Todas las entrevistas fueron grabadas, lo que elimina en gran medida los problemas de confiabilidad asociados a los sistemas de anotación directa. Y como la transcripción fue desarrollada por una tercera persona, se cotejó que la transcripción correspondiera fielmente a lo expresado por los entrevistados, a través de una lectura que acompañaba la reproducción de las entrevistas. Las entrevistas se mantendrán almacenadas hasta el término del proceso investigativo, luego de lo que el registro será eliminado para garantizar la confidencialidad de los entrevistados.

El criterio de validez más significativo se encuentra en la selección de los entrevistados, quienes resultan actores relevantes en la medida que fueron aquellos que, en diferentes niveles, se encontraron involucrados en la implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, de acuerdo con los documentos existentes y la opinión de informantes clave.

Por su parte, la teoría fundamentada exige una revisión reiterativa de la información obtenida, permitiendo el desarrollo de categorías temáticas consistentes, reduciendo así los sesgos del investigador, aun cuando se asume que es un agente que interviene al interpretar la información, aspecto inevitable de cualquier esfuerzo comprensivo y que afecta también a quien lee tales resultados.

3.7. Aspectos éticos

A cada participante de las entrevistas en profundidad se les informó sobre los objetivos del estudio, las circunstancias a las que podrían verse enfrentados por su participación y la necesidad de grabar las conversaciones. Asimismo, se les solicitó el llenado de un consentimiento informado, que indicaran en él si solicitaban anonimizar su identidad y la devolución firmada con sus preferencias. Finalmente, se asigna un código a cada entrevistado, a fin de resguardar su identidad y la confidencialidad de la información entregada.

V. RESULTADOS

El presente capítulo exhibe los principales resultados de la investigación, de acuerdo con lo indicado en el capítulo referido a la metodología de investigación utilizada. Estos se han organizado en dos subtítulos, el primero de los cuales dice relación con la revisión documental referida a la Estrategia de Residencias Sanitarias, mientras el segundo corresponde al análisis del discurso efectuado a partir de la revisión de la información obtenida de las entrevistas realizadas a los actores encargados de la gestión de la Estrategia de Residencias Sanitarias en el Servicio de Salud Metropolitano Norte

Para la organización de la información del segundo subtítulo se establecieron categorías y subcategorías emergentes, las que se articulan en función de 3 grandes ejes temáticos. El primero de ellos se refiere a las visiones que tienen los entrevistados del Servicio de Salud Metropolitano Norte acerca de la Estrategia de Residencias Sanitarias; el segundo dice relación con los desafíos de gestión enfrentados, en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, durante la implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias; y el tercero expone los aspectos facilitadores y obstaculizadores de la implementación y operación de la Estrategia de Residencias Sanitarias en el Servicio de Salud Metropolitano Norte.

REVISIÓN DOCUMENTAL

1. Estrategia de Residencias Sanitarias en el Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN)

Los 29 Servicios de Salud del país han formado parte de los equipos regionales de la Estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento, correspondiéndoles la supervisión y coordinación de los equipos territoriales locales, de nivel comunal, en la implementación de acciones sanitarias para enfrentar el contexto de pandemia en el territorio nacional. Así, ha sido responsabilidad del director del Servicio de Salud Metropolitano Norte coordinar las acciones de salud definidas por la Autoridad Sanitaria para ser implementadas, en el nivel de Atención Primaria, en el territorio de su competencia.

El Servicio de Salud Metropolitano Norte abarca, en su jurisdicción, las comunas de Colina, Conchalí, Huechuraba, Independencia, Lampa, Recoleta, Quilicura y Til Til, concentrando una población aproximada de 1.167.285 habitantes, de los cuales 768.652 se encuentran inscritos en FONASA y son beneficiarios de la atención primaria (SSMN, 2020d). En el territorio se cuenta, en promedio, con un 9,4% de personas en situación de pobreza y un 10% de adultos mayores (Casen, 2013), con una población migrante cercana a las 13.831 personas (MIDESO, 2015). Para su atención, dispone de 8.321 funcionarios y funcionarias, repartidos en 22 CESFAM; 7 CECOSF; 8 COSAM; 10 Postas; 15 SAPU; 3 Hospitales; 2 Institutos Hospitalarios; 1 Clínica Dental Móvil y 8 UAPO (SSMN, 2020d).

Para dar curso a las medidas definidas desde el Nivel Central, el director del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN, 2020a) ha delegado, en la Subdirección de Gestión Asistencial, la tarea de coordinación de acciones, recayendo en la Dirección de Atención Primaria, dependiente de aquella Subdirección, la tarea de organizar las estrategias correspondientes. Con este fin, se articuló un equipo de coordinación del monitoreo epidemiológico, el Comité COVID del SSMN, cuyo líder debía “coordinar actividades, informar, elaborar y evaluar las

estrategias para red asistencial” (p. 1), pasando a tener a su cargo las diferentes fuerzas de tarea estratégicas, incluida la implementación de las residencias sanitarias.

Los profesionales gestores de red asumieron la labor de ocuparse directamente de las acciones de salud a ser implementadas para enfrentar la pandemia en el territorio, siendo encargada a la Trabajadora Social Mariasoledad Gutiérrez la ejecución de la “Fuerza de Tarea Residencias COVID”, correspondiente a la Estrategia de Residencias Sanitarias (SSMN, 2020b).

La Estrategia de Residencias Sanitarias fue presentada por la División de Atención Primaria (en adelante DIVAP) del Ministerio de Salud (MINSAL), mediante el documento *Residencias Sanitarias. Plan de Acción Coronavirus. COVID-19*. En él se establece el objetivo de “contribuir al control de curva de contagio de la pandemia COVID-19 a través de la implementación de residencias sanitarias”, cuya finalidad es la “realización de cuarentenas efectivas para personas con COVID-19 positivo que no pueden realizar el aislamiento en su hogar de forma adecuada” y la “realización de aislamiento sanitario para personas con COVID-19 positivo que no cumplen con la instrucción de cuarentena” (DIVAP s.f., p. 3).

De acuerdo con el Protocolo, las personas a ser mantenidas en aislamiento debían cumplir con los siguientes criterios:

- Estar diagnosticadas con COVID-19 positivo.
- Tener 18 o más años.
- Ser derivadas de un establecimiento de la Red de Salud, haber sido enviado por la Autoridad Sanitaria o por la Fuerza Pública.
- No contar con condiciones de habitabilidad en su domicilio para realizar la cuarentena.
- No presentar criterios de hospitalización.
- Encontrarse asintomáticas o presentando síntomas leves.
- No presentar enfermedades concomitantes o tenerlas compensadas.

Por su parte, no podían hacer uso de las residencias sanitarias quienes cumplieran con los siguientes criterios de exclusión:

- Presencia de criterios de hospitalización.
- Presencia de problemas de salud mental que requieran cuidado y monitoreo de un equipo sanitario permanente para su funcionamiento en la vida cotidiana o si, al momento de evaluar su pertinencia de ingreso a la residencia, la persona se encuentra en una fase de descompensación socioemocional y/o conductual (hasta que obtenga la compensación por su equipo tratante). En caso de descompensarse estando ingresada a la residencia, debe egresar.

Los requisitos a cumplir por las Residencias Sanitarias se definen de la siguiente manera:

- Habitaciones individuales con baño privado y de uso exclusivo.
- Disponibilidad de apoyo de salud 24 horas por Técnico de Enfermería de Nivel Superior (TENS), quien realizará al menos 2 controles diarios de signos vitales y el estado general de los usuarios. El registro se realizará en hoja de control diario incorporado en una ficha personal del usuario.
- Asistencia diaria de Enfermera o Kinesiólogo, del Servicio de Salud respectivo, en caso de ser requerida.

- Velar por la seguridad interna del establecimiento y el cumplimiento obligatorio del tiempo de cuarentena indicado por la Autoridad Sanitaria.

En el lugar de aislamiento, los residentes deben permanecer en su habitación hasta que sea indicado su egreso por el personal sanitario y no podrán recibir visitas.

El protocolo refiere a otros documentos: *Consideraciones en el cuidado del personal de salud frente a la atención de pacientes en hospitalización domiciliaria e indicaciones para personas en aislamiento domiciliario por COVID-19*, para la atención y seguimiento de los usuarios de las residencias sanitarias; *Protocolo de limpieza y desinfección de ambientes COVID-19*, para la realización del aseo, manejo de residuos, limpieza de superficies y desinfección de las habitaciones; y *Circular C37 N° 01 del 18 de marzo de 2020*, para el uso de equipos de protección personal en la prevención de transmisión del COVID-19.

La duración del aislamiento en los recintos sería de 14 días, pudiendo extenderse si no hay recuperación de la enfermedad.

Los traslados hacia las residencias sanitarias debían ser efectuados en medios de movilización provistos por el Servicio de Salud. Los traslados desde las residencias sanitarias serán realizados por SAMU en caso de tratarse de una urgencia de salud. No se consideran otras salidas, excepto para el caso de descompensaciones de estados de salud, en los que se debe realizar coordinación para la atención con el Centro de Salud asignado por el Servicio de Salud (sin indicarse forma de traslado o si serán atenciones efectuadas en la residencia). El egreso de los usuarios se realizará una vez cumplido el periodo de aislamiento, según indicación médica.

Los primeros antecedentes de coordinación de la Estrategia de Residencias Sanitarias desde el Nivel Central, con el Servicio de Salud Metropolitano Norte, se encuentran en correo electrónico del 6 de abril de 2020 (Iasalvatore, 2020) dirigido a funcionarios de distintos Servicios de Salud, cuyo objeto es citar a videoconferencia de coordinación de la estrategia.

El día 15 de abril de 2020, la profesional encargada de la Estrategia de Residencias Sanitarias del SSMN, Mariasoledad Gutiérrez (2020b), hace envío de la cotización entregada por la administración del Hotel Tremo, recibiendo el mismo día, como respuesta de la Coordinadora Administrativa División de Atención Primaria (DIVAP) de MINSAL (Quiroz, 2020a), la documentación requerida para dar curso a la implementación de las Residencias Sanitarias en el hotel y la indicación de que puede dar comienzo a la implementación “cuando lo estime conveniente”. No obstante, el inicio del funcionamiento fue pospuesto y al 7 de mayo de 2020 todavía no se ejecutaba la instrucción, habida cuenta de que no se contaba con los recursos necesarios para ello (Ishihara, 2020a), al no haber sido asignados aún desde MINSAL.

El 8 de mayo de 2020, el SSMN informa a MINSAL que se encontraba en uso la Residencia Sanitaria Hotel Tremo, junto con los costos de implementación y las camas disponibles para atención de usuarios, explicitando que la utilización del dispositivo había sido validado por la División de Atención Primaria (DIVAP) de MINSAL (Cerpa, 2020).

El día 27 de mayo de 2020, la Coordinadora Administrativa de la DIVAP informa de nuevos hoteles que han sido asignados al SSMN para comenzar operaciones como residencias sanitarias (Quiroz, 2020b), correspondiendo estos a Hotel Capital San Pablo, en Santiago Centro y Hotel Radisson de Ciudad Empresarial, en Huechuraba, a lo que la Encargada de Residencias Sanitarias del SSMN responde alertando que, de acuerdo con visita técnica efectuada a los recintos señalados, el segundo de los recintos no cuenta con las condiciones sanitarias para implementar un dispositivo de salud, al tiempo que detalla cobros que haría el hotel, adicionales a lo inicialmente pactado entre esa entidad y el MINSAL (Gutiérrez, 2020a).

El día 1 de junio se informa a MINSAL, desde la Dirección de Atención Primaria del SSMN, la preocupación -nuevamente- por no contar con los recursos necesarios para poner en funcionamiento los nuevos hoteles, incluidos insumos, recurso humano y elementos de protección personal (EPP). Además, se insiste en las observaciones sanitarias respecto de Hotel Radisson y se solicita el certificado de disponibilidad presupuestaria que el Departamento de Finanzas del SSMN exige como garantía, requisito para liberar recursos y autorizar el funcionamiento de los recintos (Ishihara, 2020b; Gutiérrez, 2020b). La respuesta que da Alex Flores Ahumada (2020, párrafo 1), Asesor de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, es “por favor abrir las residencias hoy. Hacer los contratos urgente y ponerlos a disposición”, dando comienzo a la implementación por parte del SSMN (2020e).

No fue sino hasta el día 3 de junio de 2020 que la Jefa del Subdepartamento de Finanzas del SSMN señala, a la directora de APS del SSMN, que se cuenta con los recursos necesarios para financiar el funcionamiento de las nuevas residencias sanitarias (Cerpa, 2020b). El mismo día, mediante ORD. C5 N° 1675 de 2020, el Subsecretario de Redes Asistenciales informa, a los Directores de los Servicios de Salud del país, las características técnicas del servicio requerido para la contratación de hoteles para residencias sanitarias, las condiciones para la prestación del servicio y la justificación de contratación de los proveedores, así como las condiciones de pago y plazos del contrato (MINSAL, 2020b).

El 4 de junio de 2020, sin embargo, el propio Ministro de Salud, mediante Resolución Exenta N° 419 (MINSAL, 2020c), desdice aquella instrucción al ordenar: “**DEJASE SIN EFECTO** toda otra instrucción en relación a los requisitos y características necesarias para que un recinto pueda ser destinado a residencia sanitaria”⁷. Luego, establece que “los requisitos para que un recinto pueda ser destinado como residencia sanitaria” son:

- Que provea un lugar donde dormir a quienes se hospeden.
- Que cuente con un baño para máximo de 6 personas.
- Que cada baño disponga de agua caliente.
- Que cuente con las condiciones para proveer servicios de alimentación y limpieza.

Otras contradicciones se relacionan con el establecimiento de los valores a ser pagados por concepto de prestación de servicios a los hoteles utilizados como residencias sanitarias, situación que ocurre, en gran medida, porque fue el propio MINSAL, a través de la Coordinadora Administrativa DIVAP, que negoció directamente con los hoteles y les indicó fechas de inicio de

⁷ Las mayúsculas y negritas corresponden a lo exhibido en el documento original.

operaciones (Quiroz, 2020c; Saavedra, 2020; Gutiérrez, 2020), pero fueron los Servicios de Salud los que debieron hacer efectivo el pago por la prestación de los servicios, siguiendo los cambios en las indicaciones emanadas desde MINSAL y de acuerdo con el momento en que hicieron efectivo su uso (Ishihara, 2020d; Ishihara, 2020e).

Por otro lado, si bien el documento ORD. C5 N° 1675 de 2020 indica que se pagaría un monto de \$40.000 más IVA, según ocupación efectiva de uno de los hoteles implementado como Residencia Sanitaria por el SSMN, el documento ORD. C5 N° 1679 de 2020 (MINSAL, 2020d) establece que, en el caso que los valores sean mayores, se deberá informar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, tal como el SSMN lo realizó mediante el documento ORD. N° 878 de 2020 (SSMN, 2020c), por cuanto el acuerdo establecido entre MINSAL se basaba en la cotización enviada por el Gerente General de Hotel Radisson a la Coordinadora Administrativa DIVAP, de MINSAL, alcanzando valores de “\$50.000 más IVA en habitación single y de \$62.000 más IVA en habitación doble por día” (Ishihara, 2020c; MINSAL, 2020d).

Con todo, cuando aún no se terminaban de resolver las dificultades administrativas y contables relacionadas con el funcionamiento de las Residencias Sanitarias, el día 1 de julio de 2020 se recibe, en Oficina de Partes del SSMN, el documento Ord. C N° 1983, emanado por MINSAL (2020e) el día anterior, que instruye medidas para el traspaso de Residencias Sanitarias a SEREMI de Salud, poniendo fin al periodo en que la gestión de la Estrategia de Residencias Sanitarias es desarrollada por el SSMN.

Esta línea de tiempo documental, que exhibe el desarrollo de la estrategia de residencias sanitarias en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, permite vislumbrar que esta repartición pública enfrentó dificultades específicas para implementar y ejecutar la política de acuerdo con el diseño de la misma.

Los antecedentes hacen relevante preguntarse por la forma en que el Servicio de Salud Metropolitano Norte realizó la implementación de la estrategia de residencias sanitarias e invitan a la observación de los desafíos de gestión y los aspectos cualitativos del proceso, bajo el entendido de que el relato de los propios actores involucrados es un elemento a favor de la comprensión del desafío de gestión que implica el escenario de implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias.

Figura 13

Línea temporal de eventos para la implementación de residencias sanitarias en el Servicio de Salud Metropolitano Norte



Fuente: elaboración propia.

REVISIÓN DE ENTREVISTAS

1. Visiones acerca de la Estrategia de Residencias Sanitarias en el Servicio de Salud Metropolitano Norte

La implementación de una política requiere de una conceptualización de la misma por parte de los actores a cargo de su desarrollo. Dicha conceptualización resulta determinante de las percepciones, creencias y valoraciones que tienen respecto de la misma y de los aspectos que resultan decisivos en su desarrollo y evaluación posterior. El cuadro siguiente sintetiza la información relativa a esta categoría temática.

La tabla 1 presenta la primera categoría temática, sus subcategorías y los elementos que la componen y a partir de los cuales emergen:

Tabla 1. Subcategorías Temáticas de la Categoría 1
Visiones acerca de la Estrategia de Residencias Sanitarias en el Servicio de Salud Metropolitano Norte
<p>1.1. Objetivos de las residencias sanitarias.</p> <p>1.2. Directrices entregadas desde el Nivel Central.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Comunicación de la Estrategia de Residencias Sanitarias. b. Calidad de las Orientaciones Técnicas generadas por el Nivel Central. <p>1.3 Problemas en el diseño de la estrategia.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Insuficiencia de Orientaciones Técnicas de la estrategia. b. Estrategia comprendida en términos administrativos con desatención de aspectos clínicos, sociosanitarios y de articulación de redes. c. Características personales y profesional de los funcionarios determinantes en la implementación de la estrategia. d. Cambios en el perfil del usuario de las residencias sanitarias. e. Inexistencia de evaluaciones formales <i>ex post</i> sobre la implementación de la estrategia.

1.1. Objetivos de las residencias sanitarias

Todos los entrevistados del Servicio de Salud que estuvieron a cargo de la implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias coinciden en que los objetivos de ésta resultaban difusos y cambiantes, por cuanto los dispositivos se presentaron como un lugar para hospedar personas sin complicaciones respiratorias y evitar su contagio y sin embargo, en la práctica resultaron dispositivos de atención cerrada de personas contagiadas o bajo sospecha de encontrarse contagiadas, las que podían presentar sintomatología respiratoria aguda y de gravedad. Así, dada la naturaleza propia de los dispositivos y la condición de los usuarios, el objetivo varió hacia la provisión de espacios de atención clínica de pacientes con o sin sintomatología respiratoria compleja. A continuación, se presentan algunas citas de los entrevistados que dan cuenta de ello (tabla 2):

Tabla 2. Objetivos de las residencias sanitarias.
<p><i>“Mira, al principio nadie sabía muy bien de qué se trataba la estrategia de residencias sanitarias. Lo primero que nos llegó, me acuerdo, fue esta posibilidad de que hubieran... como en otros países, en China, no me acuerdo... en algunas partes se había instalado esto de aislar a los pacientes en espacios que pudiera haber un aislamiento efectivo y se contrataban espacios, como los hoteles, que estaban dispuestos como habitaciones en que pudiesen estar ahí los pacientes que estaban contagiados y que no tuviesen alguna complicación”. [Entrevistado 1]</i></p>

“(…) En palabras sencillas y coloquiales, inicialmente las residencias sanitarias eran como una suerte de hospedería, una suerte de residencia de personas mayores (…) donde alguien iba a vivir 14 días o hasta completar los 14 días de cuarentena y después se iba a ir, pero que no requería mayor atención, que no requería mayor control […] Pero nunca fue pensado, específicamente, como un espacio de atención clínica, porque además estaba pensado para el paciente que tuviera un cuadro de leve, en el fondo, un resfriado común y que podía aguantar su enfermedad con tranquilidad. [Entrevistado 2]

“(…) Teníamos claro que eso no era el modelo a trabajar, porque era iluso pretender que no iban a haber complicaciones clínicas: si tienes pacientes que están cursando un cuadro respiratorio, del cual tampoco sabías mucho en ese minuto, y que veías que los pacientes se descompensaban con mucha facilidad, era como raro no poder disponibilizar un equipo clínico”. [Entrevistado 2]

“Nosotros no nos sentamos a pensar qué objetivo queríamos cumplir. No hubo una reflexión o un análisis como equipo de eso. Yo tengo la impresión de que esto fue una asignación de una tarea, en donde el equipo intentó dar curso a los que se nos había solicitado, entendiendo que la estrategia venía así definida desde el Nivel Central. Así que todos entendíamos que el objetivo era proporcionar, a los enfermos que no tenían un lugar para hacer su cuarentena, darles residencia y de esa manera, disminuir la cadena de transmisión de la enfermedad (…). Por lo tanto, tampoco hubo un espacio de análisis mayor al respecto”. [Entrevistado 3]

“El objetivo de que las personas cumplieran su cuarentena y evitar el contagio lo cumplimos nosotros al 100%. Ese era el objetivo principal de una residencia sanitaria: mantener el control, mantener a las personas aisladas y eso se cumplió al 100%”. [Entrevistado 4]

1.2. Directrices entregadas desde el Nivel Central

De acuerdo con los entrevistados, la entrega de directrices para el desarrollo e implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias presentó diversas particularidades, principalmente asociadas a la comunicación de éstas y a la calidad y oportunidad de la entrega de Orientaciones Técnicas.

En cuanto a la comunicación de la estrategia, llevada a cabo por el MINSAL, los entrevistados refieren que fue inicialmente realizada a través de videoconferencias, en instancias nacionales, donde participaban representantes de los 29 Servicios de Salud del país, sin considerar a los referentes técnicos a cargo en los Servicios de Salud, quienes comenzaron a cumplir funciones sin conocer con claridad su rol. Este primer momento se caracterizó, además, por la ausencia de Orientaciones Técnicas.

Posteriormente, la comunicación se habría desarrollado a través de correos electrónicos, documentos formales y entrega de Orientaciones Técnicas para su implementación y funcionamiento, las que fueron apreciadas como excesivamente tardías, generales y enfocadas esencialmente en los aspectos administrativos del funcionamiento en desmedro del carácter clínico y sociosanitario de la actividad que se desarrollaba en los recintos, lo que exigió considerar más la

experiencia obtenida durante la puesta en marcha las residencias sanitarias que tales lineamientos para ir efectuando los ajustes correspondientes.

La inicial falta de Orientaciones Técnicas y la generalidad que las caracterizó posteriormente impactó en la comisión de errores por parte de los equipos implementadores de la estrategia en el Servicio de Salud, puesto que no contaban con referencias claras acerca de cómo responder a determinadas situaciones.

A continuación, la tabla 3 presenta un cuadro con citas de los actores que dan cuenta de lo señalado:

Tabla 3. Comunicación de la estrategia y calidad de las orientaciones técnicas entregadas desde el Nivel Central.

“Ese tipo de instrucciones llegaron, inicialmente, vía videoconferencias, a través de coordinaciones nacionales, donde estaban los representantes de los 29 Servicios [de Salud], con el Subsecretario, con los jefes de división, inclusive en algunas instancias, también, con el propio Ministro [de salud] [...] Inicialmente llegaron por estas videoconferencias, que eran de carácter nacional, y después se fueron dando a través de correos electrónicos o documentación ya formal u Orientaciones Técnicas”. [Entrevistado 2]

“La verdad es que el diseño del MINSAL fue muy general, por lo que hubo que crear cosas que no estaban por escrito: no había un protocolo de uso de EPP desde MINSAL, algo específico para la residencia sanitaria. Era algo muy general la normativa que inicialmente llegó. Entonces, hubo que hacer ajustes desde la praxis no más, desde lo que uno veía que era necesario ir implementando. Y como habían equipos clínicos [...], ellos también iban proponiendo cosas para poder habilitar de mejor forma los protocolos y las acciones que se realizaban”. [Entrevistado 5]

“Yo no recibí una indicación respecto a cuál era mi rol o cuál era mi... o detalle de mi quehacer al respecto (...) no tuvimos reuniones [...] quizá ahí hubo videoconferencias, pero desde el ámbito de la gestión clínica, no. Yo te puedo dar fe que no”. [Entrevistado 3]

“En una primera instancia, el Ministerio, DIVAP, nos dio a entender que existía esta posibilidad, que, si se complicaba mucho [el escenario de la pandemia], la idea era aislar. Pero sin ninguna orientación, sin nada [...] No sabíamos nada, porque no había Orientación [Técnica], hasta que nos llegó una Orientación [Técnica]... no recuerdo si ya habíamos partido cuando llegó la Orientación [Técnica] de las residencias [sanitarias] o no. Nosotros partimos en abril y ahí, en esas Orientaciones [Técnicas] se definían algunos criterios básicos”. [Entrevistado 1]

“Es difícil darle una valoración tan ponderada, porque efectivamente, desde el punto de vista de lo que es un proceso de una entidad gestora en salud, como es un Servicio de Salud, cuando no tienes tantas directrices cometes una serie de errores voluntarios e involuntarios y el proceso es demasiado dinámico, pero tú también tienes que tener en perspectiva que no sabíamos cómo reaccionar” [Entrevistado 2]

“Cuando no tienes el lineamiento del Nivel Central dado, se da este gran espacio a la interpretación y a la autogestión que tiene sus pro, pero que, cuando después pasa el organismo contralor revisando, te dice: ‘¿Y bueno, por qué no lo hizo? ¿Por qué no lo pensó, si esto es obvio?’. Pero no es tan obvio en su minuto” [Entrevistado 2]

“Yo creo que... reitero el hecho de que, cuando dejas demasiado espacio al concepto de ad libitum, porque no logras entregar, desde arriba, un producto más o menos depurado, más o menos normado, estandarizado, se te generan problemas severos de funcionamiento abajo, en la implementación. Y tienes una heterogeneidad de procesos que te complejizan el poder mirar, con los mismos ojos, las cosas, y te da espacio para mucho error involuntario. Yo creo que es peligroso eso.” [Entrevistado 2]

“Nunca tuvimos lineamientos claros desde el Nivel Central, así que íbamos armando de acuerdo a la experiencia hospitalaria de algunos. Además, quienes coordinábamos, somos un equipo psicosocial. Por lo tanto, nos faltaba toda la otra parte de salud, médica, de enfermería, y quizá muchas cosas se nos pasaron”. [Entrevistado 4]

1.3. Problemas en el diseño de la estrategia

La implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias es valorada por los gestores del proceso como uno desarrollado en condiciones extremas, determinada por un diseño insuficiente, carente de orientaciones claras y procesos estandarizables, con una consideración inadecuada del tiempo necesario para implementar los dispositivos y organizarse adecuadamente, lo que llevó a realizar la administración de recursos según el conocimiento disponible y definiciones locales acerca de los aspectos de la estrategia que no se encontraban definidos, al tiempo que ajustando el funcionamiento de acuerdo con una realidad que, en ocasiones, se oponía a lo establecido en los documentos ministeriales.

A continuación, se presentan algunas citas que dan cuenta de los problemas de diseño señalados por los entrevistados (tabla 4):

Tabla 4. Insuficiencia de las Orientaciones Técnicas de la estrategia

“Aquí nada fue muy diseñado. Nada fue diseñado”. [Entrevistado 3]

“Si uno saca un aprendizaje, yo creo que es que hay que darse un poco más de tiempo para hacer una buena organización de instalaciones de este tipo”. [Entrevistado 2]

“Si nosotros hubiésemos estado más preparados, quizás las cosas hubiesen resultado mucho mejor”. [Entrevistado 4]

“Claramente no fue pensado con tiempo (...). Lo que yo veo ahora es que, desde el Ministerio [de Salud, lo que hicieron fue tomar a este grupo de personas del área de la salud, enviarlas a un hotel, entregarles un par de insumos y arreglenselas como puedan y haganlo funcionar”. [Entrevistado 6]

“Obviamente, se pudieron hacer cosas veinte mil veces mejor. Obviamente, si se hubieran recibido mejores indicaciones del Nivel Central y este equipo que arriba [en MINSAL] piensa la política pública, la hubieran pensado más estructuradamente”. [Entrevistado 2]

“Cosas, en el fondo, que fuimos dándonos cuenta que no estaban contempladas en la normativa inicial de la residencia (...) y varias situaciones que, nos fuimos dando cuenta, era súper relevante que hubiera una mirada y alguna orientación”. **[Entrevistado 5]**

“Nosotros, lamentablemente, no tuvimos tiempo de planificar y documentar estrategias y protocolos y por lo tanto, el trabajo fue muy levantado en la misma práctica (...). Todas las áreas de la implementación de las residencias, todo requirió ser ajustado de acuerdo a la contingencia, todo: desde la gestión de los fármacos, la gestión de las EPP, la reorganización de recursos humanos, la relación de los espacios, o sea, todo, todo, todo fue reorganizado de acuerdo a la experiencia que íbamos adquiriendo en el día a día” **[Entrevistado 3]**

“Yo creo que fue una implementación de guerra y no da mucho más espacio a interpretación (...) Se hizo lo que se hizo, de la mejor manera que se pudo. Se trató de optimizar, al máximo, los recursos y de brindar la mejor atención posible, de responder a los usuarios de la mejor manera posible, con los medios que tenías disponible, con el conocimiento que tenías disponible, poniendo al máximo el talento de los equipos”. **[Entrevistado 2]**

“La verdad es que el diseño del MINSAL fue muy general, por lo que hubo que crear cosas que no estaban por escrito (...). Era algo muy general la normativa que inicialmente llegó. Entonces, hubo que hacer ajustes desde la praxis no más, desde lo que uno veía que era necesario ir implementando. Y como habían equipos clínicos que, por supuesto, también tenían conocimiento, ellos también iban proponiendo cosas para poder habilitar de mejor forma los protocolos y las acciones que se realizaban”. **[Entrevistado 5]**

“Creo que fue una irresponsabilidad haber abierto una residencia con ese nivel de implementación. (...). Comenzamos a recibir pacientes sin tener las condiciones para hacerlo. Y (...) tuvimos mucho temor de que un paciente se nos descompensara, de que algún paciente se nos muriera, porque, finalmente, la responsabilidad es del equipo que está a cargo”. **[Entrevistado 3]**

“Si tú me preguntas, en el fondo, ¿la gestión, en términos de lo que es una gestión para una puesta en marcha de una estrategia nueva, fue adecuada? No, no fue adecuada”. **[Entrevistado 3]**

Algunos entrevistados indican que parte de los problemas de diseño se debieron al desconocimiento respecto de acciones de aislamiento y del funcionamiento de dispositivos para estos fines, puesto que había pasado un siglo desde la última vez que fue necesario realizar segregaciones masivas de personas por razones sanitarias

“La última gran pandemia fue la Gripe Española, en 1918, con una envergadura de estas características. Entonces, ya no quedaba nadie vivo que nos enseñara lo que hicieron en esa época y obviamente los libros y el conocimiento de la historia de la salud pública tampoco te entregan los detalles específicos de la cotidianeidad. Y más aún en 100 años, que ha habido una cantidad de avances, conocimientos y desarrollo que obviamente tampoco habría hecho muy útil que hubiéramos mirado todo lo que se hizo en aquella época. Entonces, tienes que, obviamente, innovar, innovar constantemente”. **[Entrevistado 2]**

“Esto también era nuevo: nunca se habían levantado residencias sanitarias en el país. Entonces, tampoco había mucha evidencia ni mucha documentación al respecto (...) Claro, se nos generó un tremendo desorden (...), porque no lo teníamos organizado”. [Entrevistado 3]

Otros problemas de diseño, para los entrevistados, se presentaron debido a que, por parte del MINSAL, la estrategia estaba basada en una comprensión meramente en términos administrativos y estadísticos, en desmedro de los aspectos clínicos y de coordinación de la red, lo que impacta directamente en el riesgo para la vida de las personas beneficiarias. Estas condiciones, además, repercutieron al momento de ser revisada la gestión de la estrategia por parte de los organismos de control. En el cuadro siguiente se presentan algunas citas relacionadas con este punto:

“Entender que el aislamiento no es un acto administrativo, ni un decreto que da una autoridad, sino que es un acto que tiene implicancias clínicas: tú aíslas a gente enferma, no aíslas a gente sana. Y asilar a gente enferma implica tener todo un aparataje sanitario montado; si no lo tienes, estás frito. Lo clínico, lo asistencial, no va por un carril separado de lo normativo sanitario, de lo epidemiológico. Por mucho tiempo se entendió una cosa así, pero pones, al final, en riesgo vidas por esa decisión” [Entrevistado 2]

“Les importaba más llevar una estadística de los pacientes contagiados, contacto estrecho y positivo (...) Que haya funcionado [...], yo creo que fue exclusivamente por los profesionales”. [Entrevistado 6]

“(…) Porque era más bien era un tema administrativo [en lo que se enfocaban], pero no contemplaba la parte clínica ni la parte de la evitar el contagio de los funcionarios; de dar seguridad, también, a los usuarios, en el tema de los traslados; de cómo hacer las coordinaciones, con las familias, en caso de cualquier emergencia”. [Entrevistado 5]

“También se cuestionaba [desde MINSAL] por qué en una habitación no habían dos personas, cuando eran marido y mujer, y la habitación era lo suficientemente grande para que estuvieran los dos. Entonces, había ese tipo de situaciones también que se miraban mucho desde lo numérico, pero no mirando la realidad de las personas también” [Entrevistado 5]

“[A] SEREMI, lo único que le importaba era que ingresaran pacientes y tener los datos de pacientes diarios para enviarlos a Presidencia”. [Entrevistado 6]

Existe acuerdo unánime, entre los entrevistados, respecto de que el devenir de la Estrategia de Residencias Sanitarias, en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, lejos de responder a las condiciones institucionales o los lineamientos provenientes del Nivel Central, dependió de la coincidencia de los profesionales que tuvieron a su cargo su implementación y su compromiso puesto en el desarrollo de ésta, especialmente en la medida que el trabajo no tenía horario y requería que los profesionales estuvieran disponibles veinticuatro horas al día, siete días a la semana, para

resolver los constantes problemas emergentes en los dispositivos, aspecto que no estaba contemplado en el diseño de la estrategia ni en la organización definida por el Servicio de Salud.

Los actores enfatizan que el rol cumplido por los referentes técnicos del Servicio de Salud estuvo sujeto, las más de las veces, a las condiciones profesionales, características y habilidades personales, en lugar de una definición claramente preestablecida. Esta dependencia de las características y disposición de los profesionales a cargo de la estrategia se extendía tanto a los directores técnicos como a los equipos clínicos de las residencias sanitarias, impactando en la coordinación de acciones que permitieran llevar a cabo gestiones exitosas para el cuidado y traslado de pacientes.

De acuerdo con lo expresado, tales deficiencias en el diseño significaron, en concreto, delegar el éxito de la estrategia en los profesionales que la tenían a cargo bajo el imperativo ético y legal de la tutela clínica, quienes debieron establecer los énfasis locales al momento de decidir cómo resolver los problemas que el funcionamiento de las residencias sanitarias presentaba, a partir de su capacidad técnica y resolutiva, dado el dinamismo de las tareas asociadas a la implementación de las residencias sanitarias.

La tabla 5 presenta las citas relacionadas con los problemas de diseño de la estrategia, de acuerdo con lo indicado por los entrevistados:

Tabla 5. Dependencia del curso de la estrategia del compromiso personal de los funcionarios a su cargo en el Servicio de Salud Metropolitano Norte.

“Coincidimos ciertas personas, ciertos profesionales, pero eso no es algo que se pensó desde el Ministerio [de Salud]. Que esto funcionara dependió de quiénes nos hicimos cargo [...]. Que haya funcionado (...) fue exclusivamente por los profesionales”. [Entrevistado 6]

“(...) El compromiso de los funcionarios a cargo, el equipo que había, logró que... no pasa por un tema institucional: yo creo que pasa por un tema, más bien personal, que este tema haya funcionado de la forma que funcionó”. [Entrevistado 4]

“¡Es el compromiso! O sea, las personas trabajaron en las actividades en terreno eran 24/7, estaban todo el día. Y después pensamos en las horas compensatorias, después vimos otros temas que nadie pensó en un comienzo. Nadie dijo yo no”. [Entrevistado 1]

“Que esto resultara fue producto de que dos compañeros se fueron a vivir a la residencia y estuvieron disponibles 24/7 para que la gestión de esto no nos superara, saliera adelante. Si no hubiera sido por ellos, si no hubiera sido por esas dos personas que se quedaron ahí 24/7, hubiera quedado alguna embarrada, algún problema grave hubiera quedado, porque el sistema no contemplaba la contratación de una persona 24/7 para un establecimiento que estaba funcionando 24/7 (...) no había considerada una persona en un cargo o un rol de jefatura o de gestión 24/7”. [Entrevistado 3]

“Ojalá se pueda visualizar que los equipos se expusieron para poder trabajar, muchos hacían turno en un lado y otro, y que fueron los equipos clínicos los que sostuvieron las estrategias y dieron la pelea”. [Entrevistado 5]

“No haber podido organizar desde un principio... o garantizar la continuidad de la estrategia 24/7, porque, finalmente, los compañeros que se quedaron 24/7 fue por un tema de voluntad... Pero claro, eso también genera más estrés en los que lo están asumiendo. Entonces, yo creo que fue un poco estresante, fue un periodo estresante” [Entrevistado 3]

“No es llegar, dejar al paciente ahí y que el hotel se haga cargo (...); sino que tienes necesidades emergentes a cada rato y hay una responsabilidad, en tanto tutela legal, desde el punto de vista ético, de tutela clínica que (...) implica estar disponible 24/7, como responsable. Siempre tiene que haber un responsable en una cadena de mando. El responsable directo tenía que estar disponible 24/7, aparte de sus jefaturas administrativas, que también tenían que estar disponibles (...), porque los problemas no se dan en horario de oficina: se dan 24 horas, 7 días a la semana”. [Entrevistado 2]

“El horario no era de 8 a 17 horas, como habíamos pensado. Los casos llegaban hasta en horas no laborales y había que estar atentos a los correos, derivar esos casos y algunos casos eran urgentes, porque los pacientes eran diagnosticados positivamente, eran diagnosticados positivos en los SAPU, en los SAR, y los pacientes no podían volver a su domicilio” [Entrevistado 4]

“Yo creo que tenemos que implementar este tipo de estrategias con equipos multidisciplinarios, con responsabilidades bien definidas, resguardando en estas estrategias, que son 24/7, resguardando la participación 24/7 formal, desde el Servicio [de Salud]. Formal desde el Servicio [de Salud], me refiero, pagando las horas extras que corresponde a los compañeros que asumen esta responsabilidad, porque no puede ser un voluntariado. O sea, eso tiene que formar parte de un diseño de una estrategia que requiere, por ejemplo, estar ahí alerta o pendiente 24/7” [Entrevistado 3]

“Las tareas eran muchas, eran muchas a la vez, con muchos temas y el compromiso que los chiquillos pusieron fue súper: se entregaban 24/7 todo el tiempo. El tiempo más álgido de la pandemia fue a cualquier hora, 24/7”. [Entrevistado 1]

“Se había definido un horario, pero ahí nos llegaban los pacientes en cualquier momento del día. Teníamos que estar disponibles 24 horas para recibir pacientes, lo que, de acuerdo a la orientación [recibida], no debería ser”. [Entrevistado 4]

“Se resuelve sobre la marcha, con mucho ingenio y mucho compromiso de las personas que estaban ahí involucradas, con compañeros y compañeras que se quedaron prácticamente a vivir en las residencias para poder dar curso a la implementación de esta estrategia (...) con mucho, mucho compromiso”. [Entrevistado 3]

“Muchas veces nos costó, en lo personal, algo que no es medible, que no es cuantificable y que, sobre todo a los organismos de control de los procesos administrativos, poco y nada le interesan o poco y nada le son útiles a la hora de hacer el análisis”. [Entrevistado 2]

“Un médico que se quedaba en las noches, de lunes a viernes, porque había pacientes que, en las noches, hacían crisis (...) Pero eso fue a voluntad, o sea, eso no era algo tampoco que estuviese previsto. Si se hubiera considerado que el turno del médico fuera tanto diurno como nocturno, habría sido, quizá, un poquitito más fácil abordar los casos de usuarios que se nos agravaban”. [Entrevistado 5]

Más allá del compromiso puesto en el desarrollo de las tareas, uno de los aspectos claves en el devenir de la estrategia estuvo dado por las características personales de los funcionarios a cargo de implementarla

Uno de los entrevistados complementa este punto señalando, específicamente, la importancia del liderazgo entre las características personas puestas en juego de las personas a cargo del funcionamiento de la estrategia (tabla 6):

Tabla 6. Características personales de los funcionarios determinantes en la implementación de la estrategia.

“El director técnico era [un funcionario] del Servicio [de Salud] Metropolitano Norte (...) él manejaba todo, él conocía todo. Entonces, ante cualquier dificultad, él lo solucionaba de manera directa. Incluso, si no tenía solución inmediata, buscaba una solución al problema. Era, en realidad, una capacidad de él, no de su cargo”. [Entrevistado 6]

“En las 3 residencias sanitarias que implementamos, gracias a la coordinación de los enfermeros, TENS y coordinadores, que pudieron agilizar un poco que llegara el SAMU o hacer algunas acciones médicas, no falleció ningún paciente durante su estadía en la residencia sanitaria”. [Entrevistado 4]

“Nos quedamos sin jefatura directa en la residencia, por lo tanto, no podíamos realizar las gestiones que hacía él, porque yo no tenía los contactos que él manejaba (...) o tenía que llamar a personas de la SEREMI, que no tenían idea de lo que tenían que hacer. Muchas veces llamamos al director técnico cuando ya no estaba con nosotros y nos resolvía los problemas. Entonces, fue muy engorroso no tener a una cabeza que resolviera ciertos temas”. [Entrevistado 6]

“Fue una suerte, más que un acierto, haber encontrado a una enfermera con experiencia en gestión, que pudiera liberar un poco el trabajo en una de las residencias que, en el proceso que yo estuve, era la más compleja, porque era la más grande. Eso fue un acierto. Y el aprendizaje es que deberíamos siempre pensar, quizá, que en algún proceso de reclutamiento como de este tipo, pensar en un perfil de gestión, y pensando en ese perfil, obviamente con un mayor sueldo [que el resto del equipo clínico], porque la gestión de residencia en general tiene una mayor responsabilidad y tiene que tener un sueldo distinto”. [Entrevistado 3]

“Se va de la residencia [sanitaria] al mes [el director técnico, debido al traspaso de dependencia a la SEREMI de Salud] y nosotros, como profesionales, solicitamos que siguiera a cargo de nosotros, pero la SEREMI no tomó la sugerencia. Es que era muy buen líder, manejaba muy bien al equipo, a estas 40 personas por turno, siendo que no era un profesional del área de enfermería. El liderazgo, en una situación así, es algo fundamental y no se consideró”. [Entrevistado 6]

“Yo me acuerdo que esta Enfermera llegó ya como una supervisora de las residencias, pero llegó ya como súper empoderada del rol, como que ella formaba parte del equipo organizador, y ya ese mismo lunes estaba dando las charlas a las nuevas personas que venían a sumarse a su primera entrevista. Tuvimos harta suerte, porque en ella también pudimos delegar varias tareas que, en estricto rigor, nos deberían haber correspondido a

nosotros como equipo del servicio. Yo creo también que ella fue un pilar fundamental en poder echar a andar la residencia”. [Entrevistado 3]

Por otro lado, se hizo necesario considerar, en la estructuración de los equipos, la contratación de funcionarios directamente a cargo de la gestión administrativa y del equipo clínico de las residencias sanitarias, aspecto que no había sido considerado en el diseño de la estrategia y que resultó determinante en el funcionamiento de los dispositivos, especialmente en la medida que los profesionales del Servicio de Salud a cargo éstos presentaban un perfil profesional psicosocial y debían, al mismo tiempo, cumplir funciones de articulación de la red.

“Es de vital importancia esta enfermera clínica que, si bien no estaba en la norma [establecida por MINSAL], no existía su figura [en el diseño de la estrategia], era la que movía a todo este personal clínico (...). Y ante las demandas que ella no podía solucionar, solicitaba al coordinador (...) gestionar. Eso era, más bien, las demandas con el extrasistema, con el intersector”. [Entrevistado 4]

“[Hubo que] contratar a otra persona que ordenara administrativamente el sistema, desde el conteo de pacientes, el registro de los usuarios que ingresan y egresan, más los insumos clínicos que tenían estar disponibles (...), más todo lo que se tenía que gestionar de camas con los usuarios y otras cosas, porque también, a veces, se pedían antecedentes clínicos (...), había que coordinar con la familia...”. [Entrevistado 5]

“Yo creo que lo principal y más importante, fue generar una estructura de funcionamiento al interior de la residencia. Eso fue fundamental para poder lograr que el tema funcionara” [Entrevistado 5]

“Siento que el equipo comprometido, un equipo multidisciplinario, es la forma de trabajar en esta situación. Una persona no podría haber hecho esto solo”. [Entrevistado 4]

Otro de los aspectos considerados como relevantes entre los problemas de diseño de la estrategia fue el cambio en el perfil de los usuarios a que estaban dirigidas las residencias sanitarias. Inicialmente, los dispositivos debían prestar atención a personas que requerían de un lugar de aislamiento distinto a su hogar, en un contexto de observación y cuidado clínico por 14 días, para evitar la propagación de la enfermedad. Además, se establecieron criterios de exclusión de personas según características específicas, entre ellas, personas en situación de calle con patologías mentales o descompensación conductual.

Las citas relacionadas con el perfil inicial de usuarios de las residencias sanitarias se presentan en la tabla 7:

Tabla 7. Perfil inicial de usuarios de las residencias sanitarias.

“(…) Inicialmente, la residencia sanitaria era un perfil, más bien, de carácter sociosanitario (….) una suerte de espacio donde personas que tenían problemas de habitabilidad para poder cumplir con los estándares que se pide para un aislamiento, en un caso sintomático confirmado, pudiesen cumplirlo sin poner en riesgo a su familia (….) estamos hablando como de una suerte de extensiones (….) de la casa y orientadas a solucionar un poco las demandas de falta de red, de sustento”. [Entrevistado 2]

“La idea era tener a estos pacientes, o a estas personas, en estas residencias [sanitarias], aisladas. En el fondo, cada uno debía tener su espacio y tener sus 14 días en aislamiento (….) eran aquellos pacientes y contactos estrechos que no tuviesen redes o tuviesen a alguien a quien pudiera contagiar y fuera adulto mayor [...] Se trataba de personas que tenían una condición social, familiar, que requería de otro lugar donde poder hacer el aislamiento”. [Entrevistado 1]

“Además de coordinar el traslado de los pacientes, en un principio se pedía que cumpliera con todos los requisitos que se pedían en ese momento, que era certificación social [de su necesidad de uso de residencia por las condiciones en las que vive], que tuviera examen positivo y que no tuviera otra enfermedad que pudiera provocar gravedad, en su estado de salud, durante su proceso de cumplimiento de cuarentena”. [Entrevistado 4]

“Había criterios de exclusión [establecidos por MINSAL] para el ingreso de la residencia: no podían ingresar usuarios con condiciones de salud mental crónicas o con patologías psiquiátricas severas, ni trastornos bipolares, ni personas en situación calle. Lamentablemente ellos, si lo miramos desde un punto de vista humanitario, fueron vulnerados en su condición de ciudadanos, porque no tenían (….) acceso o requisitos, ni siquiera tenían opción de que los postularan, entonces, muchos de estos usuarios lamentablemente quedaban en la misma calle”. [Entrevistado 5]

Posteriormente, las residencias sanitarias comenzaron a recibir personas con características que excedían las condiciones clínicas, sociosanitarias y de edad para las que estaban diseñadas, de acuerdo con lo inicialmente establecido por el MINSAL e incluso llegaron a prestar atención a personas y familias que cumplían con los criterios de exclusión previamente definidos por el Nivel Central, como encontrarse en estado de riesgo vital, clínico de gravedad o con requerimientos de atención de nivel de especialidad; en condición de dependencia severa, en situación de calle, con patologías de salud mental; menores de edad o privadas de libertad, así como grupos familiares. En muchas de estas ocasiones, el ingreso de estas personas y grupos a los recintos era impuesta por la SEREMI de Salud.

La tabla 8 exhibe las citas relacionadas con el cambio en el perfil de usuario durante el desarrollo de la estrategia:

Tabla 8. Perfil final de usuarios de las residencias sanitarias.

“Se supone que los pacientes no entraban con criterio de gravedad o de especialización, sin embargo, en el transcurso del tiempo, la gravedad de los pacientes igual fue aumentando y se nos reiteraba la indicación de que los teníamos que recibir de igual forma [...] Llegaban pacientes que no correspondía que estuvieran en residencia sanitaria, por

la gravedad de su cuadro en el momento. Entonces, había muchas cosas de las que teníamos que hacernos cargo y que SEREMI nos obligaba” [Entrevistado 4]

“No hubo una directriz al respecto. Los niños llegaban, no más. La SEREMI igual llevaba niños, entonces nos decían que había que recibirlos igual y no había forma de no recibirlos (...). Nos tocó [atender a] una señora que había tenido a su bebe dos días atrás y nos la llevaron post parto, porque era COVID positivo: se contagió mientras estuvo en el hospital, dando a luz”. [Entrevistado 5]

“(…) Se fue modificando el paciente que iba llegando (…) No podían ingresar menores de edad y tuvimos que ingresar a familias completas; no podían ingresar personas con dependencia de algún tipo y sí tuvimos pacientes con dependencia severa; no podían ingresar pacientes en situación de calle y sí los tuvimos que ingresar; pacientes con dependencia al alcohol y drogas sí los tuvimos que ingresar. Entonces, al final, el contexto fue dándonos la pauta de lo que debería ser. Si bien el MINSAL iba generando cambios, creo que el contexto iba mucho más rápido que las orientaciones del MINSAL [Entrevistado 4]

“O cuando te llegaban [a la residencia sanitaria] personas que estaban privadas de libertad y cómo las mantenías... miles de cosas que pasaron y que no estaban escritas en un manual de cómo reaccionar” [Entrevistado 1]

“El paciente, a medida que íbamos avanzando en los meses, se iba agravando también su condición dentro de la residencia sanitaria” [Entrevistado 4]

El cambio del perfil de usuarios implicó la modificación de la concepción del tipo de dispositivo al que correspondían las residencias sanitarias, pasando de ser considerados recintos asilares a dispositivos de atención cerrada, lo que impactó en todos los aspectos de la gestión, incluyendo asuntos logísticos, distribución de insumos, cantidad de personal clínico necesario para su funcionamiento, flujos de derivación, etc.

“Pasar del modelo de atención asilar a un modelo de atención cerrada, es otra cartera de prestaciones; modificaciones en los flujos; modificaciones en (...) la racionalidad del uso del EPP también, porque se dio el caso de tener residencias pequeñas, que gastaban mucho EPP comparadas con la residencias que tenían más volumen de usuarios; ajustar el personal clínico y de incorporaciones; (...) en cosas tan elementales como si cuentas con alguien que hable creole, privilegiar la derivación de usuarios haitianos a ese espacio y no a otro; cómo cambiar los flujos de derivación (...)”. [Entrevistado 2]

Finalmente, uno de los elementos que destaca, de acuerdo con lo indicado por los entrevistados acerca del diseño de la estrategia, es la falta de consideración por la realización de evaluaciones formales que busquen medir el impacto de la implementación y desarrollo de la Estrategia de Residencias Sanitarias, más allá del proceso de revisión administrativa que ha llevado a cabo Contraloría General de la República, el cual se encuentra orientado a evaluar si hubo una correcta utilización de los recursos públicos y un desarrollo de los procesos administrativos ajustado a la

norma y según lo establecido en términos de probidad en la conducta de los funcionarios (ver tabla 9).

Tabla 9. Inexistencia de evaluaciones formales *ex post* sobre la implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias en el Servicio de Salud Metropolitano Norte

“No se hizo mayor análisis ni conversación formal al respecto. Uno siempre conversa por el pasillo, en la terraza, desde la experiencia personal o puntos de vista, pero institucionalmente no. En el Servicio de Salud se generaron algunos sumarios, tendientes a investigar cómo se habían dado estos procesos y claro, desde esos sumarios se han hecho, quizás, reflexiones en espacios de equipos directivos, de jefaturas. Pero así como en lo formal, como equipo implementador de... no hemos hecho ese ejercicio”.
[Entrevistado 3]

“Hay procesos de auditorías internas; hay procesos de observaciones de Contraloría, todo eso de la valoración de cuánto fue el volumen de gente que atendiste, cuántas fueron las prestaciones, cuántos fueron los usuarios que se vieron beneficiados, y si el costo/beneficio valía la pena. Pero así como una evaluación completa, no”.
[Entrevistado 2]

(...) “Se revisó exhaustivamente la cantidad de usuarios [atendidos] a través de las fichas clínicas (...) también, respecto del financiamiento, lo que se pagó, lo que no se pagó, y lo que correspondía al trabajo del referente [técnico] propiamente tal, porque había otras acciones que no eran de resorte del encargado de la residencia. Por lo tanto, una evaluación así, como del impacto, de lo que se generó, no ha habido tampoco. Ni solicitudes, al menos desde las jefaturas, ni tampoco se ha generado algo en particular, [sino] sólo para informar situaciones particulares que Contraloría haya solicitado”.
[Entrevistado 5]

2. Desafíos enfrentados durante el proceso de implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias.

Durante el proceso de implementación de las residencias sanitarias debieron enfrentarse diversos desafíos originados por las condiciones en que fue desarrollada la estrategia. Tales desafíos resultaron de naturaleza variable y las acciones desarrolladas por parte de los equipos abarcaron diferentes ámbitos.

Un grupo de acciones efectuadas se refiere a la coordinación y ajustes locales necesarios para el desarrollo de la estrategia de residencias sanitarias, el que impactó en la reestructuración de los equipos de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte y la designación de nuevas tareas a los referentes técnicos del área.

Por otro lado, se enfrentaron problemas emergentes, habida cuenta de que no se encontraban contemplados en el diseño de la estrategia de residencias sanitarias. Algunos de ellos dependieron, para su resolución, de la capacidad de agencia del Servicio de Salud, pero otros recayeron sobre la capacidad de agencia de los referentes técnicos directamente a cargo de la estrategia.

En último término, los entrevistados dan cuenta de una serie de acciones que se desarrollaron con absoluta improvisación frente a los problemas emergentes, dada la inexistencia de lineamientos ministeriales y por el hecho de no haber sido visualizados en la planificación realizada por las autoridades del Servicio de Salud, junto con la falta de coordinación entre unidades de sus diferentes subdirecciones.

A continuación, la tabla 10 presenta la segunda categoría temática, sus subcategorías y los elementos que la componen y a partir de los cuales emergen:

Tabla 10. Subcategorías Temáticas de la Categoría 2
2. Desafíos enfrentados durante el proceso de implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias.
<p>2.1. Acciones de coordinación y ajustes locales para el desarrollo de la estrategia.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Reorganización de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte: Comité COVID. b. Definición de fuerzas de tarea. c. Fuerza de tarea: Estrategia de Residencias Sanitarias en el Comité COVID. d. Rol del Referente Técnico del Servicio de Salud Metropolitano Norte en la gestión de las residencias sanitarias. e. Rol del Referente Técnico del Servicio de Salud Metropolitano Norte en la gestión del cuidado en las residencias sanitarias. <p>2.2. Aspectos de la implementación no contemplados en el diseño de la estrategia.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Definiciones para el uso de elementos de protección personal. b. Coordinación del Servicio de Salud Metropolitano Norte con los hoteles. c. Diferencias en la gestión de las distintas residencias sanitarias. d. Intervenciones con el personal de aseo de los hoteles. e. Ajuste de condiciones y espacios para evitar el contagio del personal. f. Procedimientos para la gestión del cuidado. g. Registro y trazabilidad de las acciones efectuadas en las residencias sanitarias. h. Supervisión de las acciones desarrolladas por los equipos clínicos. i. Sistema de turnos del personal clínico de las residencias sanitarias. j. Abordaje y resolución de necesidades sociales al interior de las residencias sanitarias. k. Coordinación con otros niveles de la red de salud. l. Coordinación entre subdirecciones del Servicio de Salud Metropolitano Norte. m. Designación de hoteles donde emplazar las residencias sanitarias. n. Traspaso de la administración de las residencias sanitarias del Servicio de Salud Metropolitano Norte a la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana.

2.3. Aspectos del funcionamiento de la estrategia no contemplados en el diseño, dependientes de la capacidad de agencia del referente técnico responsable de la residencia sanitaria

- a. Condiciones de implementación y funcionamiento de las residencias sanitarias.
- b. Generación de protocolos.
- c. Gestión y priorización de casos.
- d. Traslado, ingreso y egreso de usuarios.
- e. Derivación a Servicio de Urgencias.
- f. Resolución de problemas emergentes.

2.4. Acciones improvisadas en la implementación de las residencias sanitarias.

- a. Reclutamiento, selección contratación e inducción del personal clínico.
- b. Instalación de personal clínico para el primer momento de las residencias sanitarias.
- c. Aumento del personal clínico y administrativo para implementar las nuevas residencias sanitarias.
- d. Inducción al personal clínico.
- e. Control de inventario.
- f. Gestión de recursos para implementar las residencias sanitarias.
- g. Apertura de las residencias sanitarias.
- h. Apertura de las nuevas residencias sanitarias.

2.1. Acciones de coordinación y ajustes locales para el desarrollo de la Estrategia de Residencias Sanitarias en el Servicio de Salud Metropolitano Norte

a. Disminución del recurso humano disponible en la Subdirección de Gestión Asistencial.

Sobre la Subdirección de Gestión Asistencial recayó la responsabilidad de articular las estrategias definidas por MINSAL para enfrentar la pandemia por COVID-19, debiendo enfrentar, como primer desafío, la significativa disminución de recurso humano, puesto que gran parte de los profesionales se acogieron a teletrabajo por temor al contagio.

“Yo me acuerdo [de] que, al comienzo de la pandemia, todos desaparecieron y de a poquito fueron volviendo, por el temor de que aquí va a quedar la escoba y nos vamos a morir todos, así que nos quedamos unos pocos mirando cómo podíamos abordar esto, que fue el equipo COVID. Y de a poquito fuimos encantando a todo el mundo y empezaron a volver” [Entrevistado 1]

“Como te decía, este equipo éramos yo y otra persona. Había muy pocos funcionarios [en trabajo] presencial, primero. Los funcionarios [en tareas] presenciales íbamos tomando un poco la labor o las acciones o las órdenes que nos daban nuestras jefaturas. Teníamos a más de la mitad de nuestros compañeros en teletrabajo, por lo tanto, los que estábamos acá íbamos resolviendo las urgencias

que iban llegando. Sin embargo, ya no dábamos abasto, porque estábamos en diferentes estrategias”. [Entrevistado 4]

b. Reorganización de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte: Comité COVID.

Las condiciones en que se implementó la Estrategia de Residencias Sanitarias determinó que en el Servicio de Salud Metropolitano Norte se desarrollaran acciones de reorganización de los equipos, en función de las tareas que el nuevo escenario requería desarrollar y los roles que los profesionales, habitualmente encargados de la gestión de redes de salud, debían ahora cumplir.

La Dirección de Atención Primaria asumió la coordinación de las acciones, generando una nueva forma de funcionamiento que agrupó a referentes técnicos de diversas áreas, dada la necesidad de un abordaje que contemplase una amplitud de áreas temáticas y la falta de lineamientos específicos de parte del Nivel Central.

Con esta finalidad, se estableció el Comité COVID, cuyo objetivo era liderar los procesos desarrollados para enfrentar la pandemia, siendo su creación exclusiva para el cumplimiento de esta función. Para ello, se reunían tomadores de decisiones acerca de cómo gestionar las estrategias que se estaban desarrollando y qué funcionarios de la Subdirección de Gestión Asistencial se designarán para dirigir cada una de las estrategias.

La tabla 11 presenta las citas de los entrevistados relacionadas con la reorganización de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte y la conformación del Comité COVID.

Tabla 11. Reorganización de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte: Comité COVID

“Fue una conformación espontánea en base a la necesidad: a la necesidad de la red de ir, por diferentes áreas temáticas, estableciendo líneas de acción”. [Entrevistado 2]

“En el equipo COVID iban saliendo los temas y nos organizábamos sobre cómo queríamos trabajar algunas áreas, porque el MINSAL tampoco tenía el camino trazado”. [Entrevistado 1]

“Teníamos que liderar los procesos de todo lo que tenía que ver con la pandemia y lo que hicimos fue formar ese equipo COVID que se veía y miraba todos los aspectos que iban saliendo durante la pandemia: la transformación de las camas [de los hospitales en camas para pacientes COVID], la gestión de las camas, la red de urgencia, el testeo y la trazabilidad -principalmente la trazabilidad-, el control de los exámenes, toda la implementación de los laboratorios...”. [Entrevistado 1]

“Sientas en la misma mesa un equipo multidisciplinario, con cierta frecuencia, a recibir los instructivos y a debatir en torno a las dificultades. Y desde esta mesa multidisciplinaria, tú

logras empezar a recoger saberes de otros, que van aportando en la transformación y que te permite llegar a un funcionamiento más o menos adecuado”. [Entrevistado 2]

“De repente nos poníamos a mirar cómo vamos en las estrategias, teníamos un problema acá y nos sentábamos a pensar, a veces toda la mañana, cómo resolvíamos el problema, cómo avanzamos en la cuestión. Y pensábamos en alguien que pudiese liderar, en el equipo que estaba y empezábamos con ellos y le echábamos para adelante. Y así funcionamos y echamos a andar montones de cosas” [Entrevistado 1]

c. Definición de fuerzas de tarea.

La reestructuración de la Subdirección de Gestión Asistencial, con la consecuente generación del Comité COVID, conllevó una organización en directa relación con las estrategias que el MINSAL había establecido para afrontar la pandemia, de modo tal que se definieron fuerzas de tarea específicas, encargadas formalmente a los funcionarios que las liderarían, pasando de trabajar en actividades de gestión de la red al desarrollo operativo de dichas acciones, en función de sus perfiles profesionales y competencias personales.

A continuación, la tabla 12 presenta las citas de los entrevistados que dan cuenta de la reestructuración de equipos y el cambio de roles de los referentes técnicos, en función de las fuerzas de tareas establecidas:

Tabla 12. Definición de fuerzas de tarea

“Abandonamos la estructura. Lo primero que hicimos fue tener este equipo COVID que fue el que definió qué queríamos hacer y cómo queríamos hacerlo, y empezamos a buscar, enviando un correo a todos, diciendo que había que responder a la pandemia y que (...) definía cómo iban a ser los liderazgos y quiénes iban a ser los líderes de cada fuerza de tarea (...) se solicitó a Jurídica que sacara resoluciones y que respaldara a estos profesionales en las decisiones que podían tomar, porque se hacían cargo de algunas estrategias”. [Entrevistado 1]

“Cuando empezamos, en realidad, a mirar implementaciones locales o fueron bajando algunas líneas fuertes de trabajo, desde el Nivel Central, se decidió esta suerte de fuerzas de tarea (...). Por ejemplo, residencia sanitaria es una estrategia que bajó, desde el Nivel Central, para implementar en los Servicios de Salud y se creó un equipo de fuerza tarea a cargo de residencias sanitarias”. [Entrevistado 2]

“Empezamos a mirar, por ámbitos, quiénes eran los que podían trabajar en cada uno de los temas. Y lo que hicimos en el Servicio [de Salud Metropolitano Norte] fue que nos organizamos desorganizándonos, porque nos pusimos de acuerdo y definimos que ya no había estructuras, sino que funcionábamos con fuerzas de tarea y en algunos casos, algunos de los Referentes Técnicos pasaron a tener el liderazgo de algunos temas, no siendo de jefes de los departamentos o subdepartamentos”. [Entrevistado 1]”

“Como aprendizaje, en el fondo, yo creo que no necesariamente tenemos que tener una estructura como para poder hacer las cosas (...). Cuando tú te propones un objetivo y lo

pones súper claro, las cosas funcionan, independiente de donde estés, quién sea tu jefe o como sea. (...) Todos eran líderes de equipo dentro del proceso y todos aportaban (...). Eso hizo evidente que las estructuras, de repente, definitivamente te obstaculizan en algunos procesos. Entonces aquí tuvimos que ser súper flexibles” [Entrevistado 1]

d. Fuerza de tarea: Estrategia de Residencias Sanitarias.

Para cada una de las estrategias desarrolladas se escogía un profesional para ser el encargado de su desarrollo, de acuerdo con sus perfiles personales y competencias profesionales. En el caso de la estrategia de residencias sanitarias, de acuerdo con las indicaciones que inicialmente había entregado MINSAL, se designó a un profesional del área social para articular las necesidades que la estrategia contemplaba. Éste, a su vez, debía apoyarse con otros referentes técnicos de la Subdirección de Gestión Asistencial en el cumplimiento de la función.

Los referentes técnicos de la Subdirección de Gestión Asistencial a cargo de la implementación de la fuerza de tarea correspondiente a la Estrategia de Residencias Sanitarias no participaban en las reuniones del Comité COVID, recibiendo instrucciones directamente de parte del Líder de dicho Comité y cumpliendo las funciones indicadas en la resolución que los nombra encargado de sus funciones.

“Cada vez que se instalaban estrategias, íbamos pensando en el equipo que teníamos y las competencias que pudiera tener cada uno y el perfil que tenía cada profesional para hacerse cargo de las distintas estrategias que iban saliendo, porque (...) teníamos varias y (...) fuimos incorporando a los profesionales de acuerdo con sus perfiles, a sus competencias, en lo que nos pudieran ir ayudando a manejar en esta pandemia”. [Entrevistado 1]

“El perfil [de prestación] que se pedía era un perfil que fuera, más bien, social. Entonces, tú buscas en el pool de colaboradores que tienes (...) y le das, a su vez (...), la posibilidad que elijan apoyo y se amplía más a un proceso psicosocial, que es el perfil inicial que se nos indicó que tenían las residencias sanitarias” [Entrevistado 2]

“Las orientaciones eran entregadas por el Líder COVID del Servicio, a cargo del Comité. Nuestra función está normada con una resolución, donde se nos indican las funciones específicas a realizar en residencia sanitaria, pero nosotros no participábamos de este Comité. No sabíamos de la información que bajaba [desde MINSAL]. La orientación a nosotros era, primero, coordinar el ingreso del paciente a residencia sanitaria y segundo, armar y mantener la residencia sanitaria. Tampoco teníamos información financiera, nada de eso. Solamente era: ver a los pacientes, coordinar con las comunas y que la residencia funcionara”. [Entrevistado 4]

e. Falta de participación de encargados de las estrategias en instancias decisionales.

Parte de los desafíos enfrentados en la gestión, implementación y funcionamiento de las residencias sanitarias tuvieron relación, justamente, con la falta de participación directa de sus encargados en el Comité COVID u otras mesas de trabajo multidisciplinario, puesto que se debía recurrir a estas instancias para solicitar orientaciones o para que se dispusiera de colaboraciones específicas.

La falta de respuesta a estas demandas resultó en que el desarrollo de la estrategia, en la práctica, dependía de los funcionarios a cargo de la tarea, quienes recibían formas de apoyo inarticulado, a partir de iniciativas espontáneas de otros colaboradores, salvo para el caso particular de la gestión clínica de los dispositivos, aspecto para el que se recibió la orientación de una enfermera del Servicio de Salud.

“(…) Más que una persona a cargo de [la estrategia] (...) se debió haber instalado un sitio, como un equipo de trabajo más amplio, con expertise en otras áreas y con tareas de gestión bien definidas. Y yo creo que el no haber hecho eso también generó estrés en nosotros mismos, un nivel de estrés importante en nuestro equipo de trabajo” [Entrevistado 3]

“Más bien fue un trabajo del equipo de las residencias, en donde miramos un poquitito cuáles eran nuestras dificultades y pedir apoyo al equipo COVID para dar ciertas orientaciones, porque si bien una parte administrativa se puede implementar, habían temas clínicos, propiamente tal, en los que había que orientar al equipo clínico [de la residencia sanitaria] y desde ahí se crearon ciertos estándares mínimos para dar cumplimiento en la residencia. Ahí fue nuestra enfermera quien nos asesoró en esa parte e iba haciendo”. [Entrevistado 5]

“Me parece que es de vital importancia -y que debería considerarse para otras oportunidades- contar con la información general. No que la información se maneje en ciertos grupos de personas (...) La gestión de información: mayor información, trabajo más horizontal y más de equipo”. [Entrevistado 4]

“Yo creo que habría que accionar a todos los actores. Creo que, en el momento -al menos desde lo que vi y me tocó observar- fue muy segmentado el trabajo al inicio, como desde los expertos clínicos, por así decirlo, y no se integró mucho a la comunidad: faltó más información”. [Entrevistado 5]

f. Rol del referente técnico del Servicio de Salud según diseño de la Estrategia de Residencias Sanitarias.

La elección de los referentes técnicos que lideraron la implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias dependió de las definiciones establecidas por el Comité COVID, en un proceso paulatino que, con el avance de las condiciones que la pandemia imponía y lo que MINSAL ordenaba, fue requiriendo de ajustes y aumento de la cantidad de personas a cargo de las acciones.

De acuerdo con diseño de la estrategia, el rol de los Servicios de Salud consistiría en articular las acciones del territorio de su jurisdicción, por lo que, en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, se había contemplado la contratación de profesionales del área social para supervisar las acciones propias de la gestión de casos, razón por la que también se designó como Encargado de la Fuerza de Tarea Estrategia de Residencias Sanitarias a un referente técnico con título profesional de Trabajador Social, debido a que la estrategia exigía la revisión de informes y antecedentes sociales y familiares, enviados por los referentes técnicos comunales, para dar paso a las acciones de coordinación que hacían efectivo el ingreso del usuario a los dispositivos. Estas coordinaciones son una tarea constitutiva del cargo que habitualmente desarrollan estos referentes técnicos en sus funciones de articulación de la red de salud.

La función del Referente Técnico del Servicio de Salud consistía, en un comienzo, en verificar la información enviada desde los municipios respecto de las condiciones sociosanitarias y habitacionales para cursar las solicitudes de cupo en las residencias sanitarias al Nivel Central, constituyéndose en el enlace entre el nivel de atención primaria y el Nivel Central, terminando su gestión cuando el usuario ingresaba efectivamente a una residencia sanitaria.

A continuación, la tabla 13 presenta una serie de citas relacionadas con la elección del profesional a cargo de la Estrategia de Residencias Sanitarias y sus funciones, de acuerdo con lo recientemente indicado:

Tabla 13. Rol del referente técnico del SSMN según diseño de la Estrategia de Residencias Sanitarias.

“En este Servicio es crear, es convocar a algunos actores, en base a lo que se nos planteó inicialmente [desde el MINSAL], que era el perfil que se necesitaba de residencia sanitaria. Y se convoca a algunos actores para poder implementar este proceso inicial. Y en la medida que se va avanzando, se van sumando más encargados” [Entrevistado 2]

“Nosotros lo definimos así, porque, en el fondo, como iba a requerir ciertos informes [sociales] y antecedentes [sociofamiliares] que tenía que adjuntar la comuna [en cada solicitud de ingreso de usuarios], nosotros pensamos que la persona que pudiese estar en eso pudiese tener un perfil más psicosocial o social. Y que, además, como los Trabajadores Sociales están acostumbrados a este tipo de coordinaciones, pensamos en que pudiese ser un profesional de esa área.... fue una definición del Servicio [de Salud]” [Entrevistado 1]

“Tenía que haber un contexto socioeconómico [a evaluar], en un inicio, de la gente que no podía cumplir la cuarentena en su domicilio: por hacinamiento, porque estaban solos y no había quien les entregara la alimentación, entonces teníamos un contexto social [predominante] en ese momento. Nuestra función era (...) verificar esa información, en los domicilios”. [Entrevistado 4]

“Recibíamos los casos desde la comuna, gestionábamos y devolvíamos la información a la comuna, y la comuna se tenía que encargar del traslado de los pacientes. Entonces, nosotros terminábamos nuestra acción cuando ya el paciente estaba dentro de la residencia sanitaria o el hotel donde era destinado. Eso fue, más o menos, hasta como la segunda semana de abril”. [Entrevistado 4]

“Básicamente, era coordinar, con el MINSAL, en el inicio, el ingreso de los pacientes a residencia sanitaria. Esa era nuestra labor (...). Revisábamos los documentos; hacíamos la coordinación de camas del MINSAL, ellos nos respondían: se va al hotel Radisson o a otro de Estación Central; informábamos a la comuna y ésta respondía a la hora que estaba llegando; nosotros corroborábamos la información; se informaba al MINSAL si era el paciente, su grupo familiar, que si llegan a tal hora, etc. Esa era nuestra labor”
[Entrevistado 4]

“(…) En algún momento pensamos en conformar equipos psicosociales y se pensó contactar más asistentes sociales, porque la idea era, en ese momento de marzo, que todavía no teníamos idea de lo que iba a pasar en pandemia (...), se iban a contratar móviles con los que íbamos recorrer [el territorio]. Íbamos a recorrer estas ocho comunas, validando la información que se nos daba, para poder gestionar el ingreso a residencias sanitarias, que eran estos hoteles. No sabíamos el gran número de casos que había”
[Entrevistado 4]

g. Cambios en el rol del referente técnico del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Si bien las actividades que los referentes técnicos debían efectuar se relacionaban, en un comienzo, con aspectos administrativos de la revisión de antecedentes, finalmente serían los Servicios de Salud las entidades directamente a cargo del funcionamiento de las residencias sanitarias, lo que implicó, a partir de abril de 2020, implementar y mantener en operación los dispositivos.

De acuerdo con lo expuesto, de ser articuladores de la red y coordinadores de acciones administrativas, los referentes técnicos pasaron a tener a su cargo la implementación y operación de las residencias sanitarias, debiendo asumir la dirección de los dispositivos y las tareas de coordinación a todo nivel: tanto al interior de los equipos clínicos y la relación con los hoteles como con los demás referentes del Servicio de Salud, con la red de salud en sus diferentes niveles y el aseguramiento del cumplimiento de las acciones y prestaciones establecidas en la normativa (ver tabla 14).

Tabla 14. Cambios en el rol del referente técnico del SSMN.

“Después, nuestras funciones fueron cambiando (...), cuando la jefatura refiere que, desde el MINSAL, solicitan que los Servicios de Salud se hagan cargo de las residencias sanitarias. Esto significaba abrir residencias sanitarias. Por lo tanto, había que contratar personal a cargo de la residencia sanitaria, tener los insumos...” **[Entrevistado 4]**

“Desde el MINSAL se ampliaron la cantidad o el número de residencias sanitarias que había que implementar y (...) se me pidió que pudiera apoyar en el proceso de instalación de una nueva residencia sanitaria. Y eso implicaba ser el nexos con el hotel, en el transcurso de la [implementación de la] residencia, como dependientes de este Servicio, pero más desde la ejecución propiamente tal que de lo administrativo, porque los temas administrativos de contratos y finanzas, eso se canalizaba a través de la Dirección de Atención Primaria”. **[Entrevistado 5]**

“La función, en primera instancia, era coordinar que el paciente tuviera residencia sanitaria, más hacernos cargo de la residencia sanitaria misma. O sea, fue una doble función. Y que la residencia sanitaria funcionara; que la gente tuviera almuerzos; que se cumpliera... si se daba el no cumplimiento de las normas sanitarias al interior de la residencia, lo veíamos nosotros; si faltaba algún Médico, también coordinar con un Médico de otra estrategia o de este Servicio [de Salud], que pudiera ir a atender al paciente”. [Entrevistado 4]

“Revisamos, fuimos a ver en qué condiciones se encontraba esta residencia, se hacen diferentes sugerencias en cuanto a la seguridad de los pacientes, como por ejemplo, poner rejillas en las ventanas de las habitaciones, porque era de 5 ó 6 pisos el edificio; qué comidas se iban a entregar; cuáles son los horarios; cuáles eran sus funciones; se hace capacitación al personal de aseo, sobre como debían hacer el aseo en las habitaciones, el uso de EPP, qué es lo que debían tener ellos, qué es lo que debíamos tener nosotros; cuáles eran nuestras funciones, cuáles las de ellos; luego, armar, entregar la información al personal que se iba formando en este equipo, estar preocupados de los insumos, estar preocupados además, en conjunto con eso de coordinar esta residencia, de poder gestionar los reclamos; los pacientes que llegaban de la SEREMI; todos los días ver cuántas habitaciones disponibles [habían]; qué paciente se iba; generar su certificado de alta... yo creo que se me quedan funciones, por ahí, que debíamos cumplir”. [Entrevistado 4]

“Como director técnico, él estaba a cargo de todos los profesionales. Era el que estaba a cargo de gestionar todos los traslados de los pacientes a distintas áreas. Por ejemplo, si eran pacientes psiquiátricos, ver de dónde venía ese paciente y gestionar con su red de salud; si nosotros teníamos algún problema, como funcionarios de la residencia, se le informaba a él y él buscaba la solución que correspondía; también era el encargado de reportar temas más estadísticos, ese era el funcionamiento de él. Además, tenía contacto con toda la red de salud, entonces podía movilizar recursos y generar acciones que nadie más podía hacer”. [Entrevistado 6]

h. Rol del referente técnico del Servicio de Salud Metropolitano Norte en la gestión del cuidado en las residencias sanitarias.

En un principio, la gestión y operación de las residencias sanitarias estaban completamente a cargo a de los referentes técnicos con perfil psicosocial, situación que se mantuvo incluso durante la implementación y funcionamiento de la primera residencia sanitaria. Sin embargo, al abrirse los nuevos dispositivos, el Servicio de Salud sumó al equipo gestor de la estrategia una nueva referente técnica, enfermera de profesión, quien asume la tarea de formalizar el modo en que se desarrollaría la gestión del cuidado de los usuarios, el funcionamiento operativo de los equipos clínicos y su supervisión, así como los cuidados a tener para evitar la propagación del virus al interior de los recintos.

El sistema de gestión del cuidado se establece, primeramente, en la residencia sanitaria Hotel Capital y posteriormente, en la residencia sanitaria Hotel Radisson, que contaba con otro equipo clínico, un director técnico y un enfermero supervisor diferentes, resultando notables las diferencias existentes en la implementación de procesos clínicos entre ambos dispositivos

A continuación se presentan las citas relacionadas con la incorporación de la mirada de enfermería en la gestión de cuidados (ver tabla 15):

Tabla 15. Rol del referente técnico del SSMN en la gestión del cuidado en las residencias sanitarias.

“En las nuevas residencias (...) sí se requería, desde el Servicio de Salud, tener un rol mucho más activo en lo que es la gestión clínica de sus pacientes (...) desde el ámbito médico, donde ya había una persona asignada (...) pero no había una figura de enfermería. Y en general, es enfermería quien organiza los procesos en los establecimientos de salud, entonces (...) era necesario incorporar alguna enfermera”. [Entrevistado 3]

“En conjunto con eso y de acuerdo a la experiencia que teníamos, de que éramos todos un equipo de profesionales psicosociales, y debido a la insistencia de tener una visión más bien clínica de formación, se pide a otra compañera, enfermera, que nos apoye en el tema clínico de la implementación: de las áreas sucias, áreas limpias, de los protocolos, de los accesos, el horario, de cuándo llamar al Médico... una serie de cosas, más bien clínicas, que nosotros no manejábamos”. [Entrevistado 4]

“La idea era que esta enfermera clínica pasara por todas las residencias, para unificar criterios en cuanto a [la evaluación de] los signos vitales; hacer un poco de, no sé si control, pero retroalimentación de los procesos que se estaban llevando a cabo”. [Entrevistado 4]

“El rol fue, principalmente, desde lo que era como la asesoría o el acompañamiento en la implementación de dos residencias sanitarias, básicamente, que fue el Radisson y el Capital, en todo lo que era la gestión más bien clínica: desde lo que era la compra y programación de las EPP, capacitación en el uso de éstas, la definición de espacios de área trabajo: área limpia, área sucia... con las “pseudo” estaciones de esterilización o desinfección de los insumos utilizados(...), lo que tenía que ver con los protocolos de atención, respecto de los horarios de control, registros de enfermería... básicamente (...) con el apoyo desde la gestión clínica”. [Entrevistado 3]

“Eso tenía que ver con la organización de las EPP, que era como súper básico en la pandemia, la organización de las estaciones de enfermería, las áreas limpias, las áreas sucias, definir cómo sería el tránsito de los funcionarios y principalmente, que todo funcionara con el menor riesgo de contagio, tanto para los funcionarios como para el resto del personal de las residencias que estaba ahí funcionando. También (...) revisando los registros de enfermería”. [Entrevistado 3]

“El [Hotel] Capital ya estaba implementado, estaba con los equipos formados y estaba recibiendo pacientes (...) [y en la] instalación del Radisson (...) lo que pude observar era que había importantes problemas desde la gestión de enfermería, que tiene que ver con la gestión clínica de esa residencia, porque había muchas malas prácticas que se arrastraban desde las primeras residencias que se instalaron en el Servicio”. [Entrevistado 3]

Uno de los entrevistados da cuenta de la importancia de la labor desarrollada por la referente técnico de enfermería del Servicio de Salud y lo determinante que el trabajo entre los referentes y la encargada de las funciones clínicas resultó.

“Lo clave del comienzo de la implementación de la residencia sanitaria fue contar con una enfermera, encargada de enfermería, del Servicio [de Salud] Metropolitano Norte, que manejaba muchos temas de enfermería; el director técnico y el trabajo en equipo para poder llevar a cabo la tarea en esta residencia [sanitaria]” [Entrevistado 6]

i. Supervisión de las acciones desarrolladas por los equipos clínicos en las residencias sanitarias.

La definición de procesos y protocolos permitió la supervisión de la gestión clínica y administrativa en terreno, directamente en las residencias sanitarias, con la colaboración del enfermero supervisor de los equipos clínicos de los hoteles.

Entre las situaciones que se pudieron salvar, debido a la supervisión en las residencias sanitarias, se cuenta el actuar de los profesionales médicos, al evidenciarse la repetición de registros clínicos entre pacientes e indicaciones farmacológicas para diferentes condiciones de salud o alejados de los estándares nacionales que los médicos en terreno efectuaban. Ante estos hechos, un médico del Servicio de Salud entregaba nuevas indicaciones al personal de su área o rectificaba las indicaciones previamente entregadas, ajustándolas a los protocolos nacionales.

La tabla 16 presenta las citas de los entrevistados relacionadas con la supervisión de las acciones desarrolladas por los equipos clínicos en las residencias sanitarias.

Tabla 16. Supervisión de las acciones desarrolladas por los equipos clínicos en las residencias sanitarias.

“La supervisión era básicamente en terreno y (...) retroalimentada desde la enfermera supervisora (...) [acerca de] cómo estaba el área limpia, el área sucia, cómo se estaba haciendo el flujo de desinfección; después iba a mirar la farmacia, cómo estábamos de medicamentos, si estaban cuadrando, cosa que nunca nos cuadraron... Después, a ver cómo estábamos de insumos, después [se] le preguntaba qué dificultades había tenido, cosas que había que mejorar o resolver”. [Entrevistado 3]

“La supervisión (...) del manejo de enfermería, (...) [fue] básicamente trabajando en el Capital, donde ya había un equipo de enfermería mejor, mejor armado, porque en el Capital logramos diseñar este rol de enfermera coordinadora, con enfermeras supervisoras por turno, entonces finalmente teníamos una organización, desde la atención, un poco más madura que la que logramos en el Radisson” [Entrevistado 3]

“Poner a alguien que mire y supervise las decisiones (...). Si no tienes una capacidad de supervisión (...) es difícil que tú puedas decir: voy a implementar algo de manera súper, súper correcta o con el nivel de procesos continuos como tú quisieras. Entonces, en ese sentido, haces como economía de guerra y vas quedándote con lo que es más esencial, que

es la atención del usuario; dejas de lado un buen registro clínico o dejas de lado completar algunos antecedentes; dejas de lado, sobre todo, lo que es el soporte administrativo, asociado a la atención, que es tan importante como la atención misma”. [Entrevistado 2].

“Observé que a tres pacientes de una misma habitación se les indicaba lo mismo o anotaban los mismos signos vitales entre un paciente y otro. Como te dije, las indicaciones de medicamentos [de médicos extranjeros] eran muy distintas a las indicaciones de medicamentos que se dan por protocolo acá, en Chile. Y era ahí donde se llamaba, por teléfono, al Médico Encargado y se solucionaba el problema” [Entrevistado 6]

“Un médico encargado, que era del Servicio de Salud Metropolitano Norte (...) no estaba en la residencia. Nunca hubo un médico encargado en la residencia [sanitaria]”. [Entrevistado 6]

2.3. Aspectos del funcionamiento de la estrategia no contemplados en el diseño, dependientes de la capacidad de agencia del Servicio de Salud.

a. Definiciones para el uso de elementos de protección personal.

Al momento de tener que comenzar con la implementación de las residencias sanitarias, el Servicio de Salud Metropolitano Norte debió enfrentar aspectos del funcionamiento de estos dispositivos que no estaban contemplados en el diseño de la estrategia ni en la norma técnica distribuida, resultando una exigencia la resolución de estos problemas para dar curso a su puesta en operación.

Entre los aspectos relevantes cuentan la definición del modo de uso de los elementos de protección personal (EPP); la coordinación que debió realizarse con los directivos de cada hotel; el diseño de los procesos ajustado a la realidad de cada residencia sanitaria; los ajustes necesarios para la ocupación de espacios en el recinto, así como el tránsito de personal clínico, hotelero y de los usuarios; la creación del sistema de turnos del personal clínico; el abordaje y la resolución de necesidades sociales emergentes al interior de las residencias sanitarias; la supervisión de la atención y las acciones desarrolladas por los equipos clínicos; la coordinación con otros niveles de la red sanitaria; la coordinación entre subdirecciones del Servicio de Salud Metropolitano Norte, la designación de los hoteles donde se emplazarían los recintos sanitarios; y el traspaso final de la administración de las residencias sanitarias a la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana.

El primero de los aspectos mencionados debió resolverse al abrirse las nuevas residencias sanitarias, Hotel Capital y Hotel Radisson, puesto que se requirió de un aumento de la cantidad de EPP y un mejor control de su uso, dado el aumento de las personas que componían los equipos clínicos, la ingente cantidad de usuarios que serían atendidos y la existencia de un stock acotado, habida cuenta de la escasez de oferta en el mercado. Por ello, resultaba fundamental mantener un control los insumos que se despachaban a las residencias sanitarias y su modo de utilización.

La incertidumbre permanente acerca del estándar para el uso de los EPP constituyó una dificultad, por cuanto la evidencia científica se encontraba en constante evolución y generaba definiciones cambiantes a una velocidad que excedía la capacidad del Servicio de Salud para capacitar a sus funcionarios e implementar a tiempo las nuevas indicaciones que se establecían según los criterios clínicos y de optimización de recursos. Esta situación generaba confusión en los equipos que se

veían enfrentados al riesgo de contraer la enfermedad, lo que incentivaba un uso excesivo y poco racional de los EPP.

Ante lo expuesto, se proyectó la cantidad de EPP que se necesitaría, estableciendo procedimientos de atención ajustados a la evidencia científica existente. Así, se definió que la evaluación de personas comenzaría por aquellas en calidad de contacto estrecho para luego continuar con los pacientes confirmados como portadores de COVID-19, en función de la menor carga viral que se presume de los primeros en relación con los segundos. Además, el cambio de mascarillas se debía efectuar cada 4 horas como máximo, eliminando los demás elementos de protección personal entre cada habitación y haciendo el lavado de manos únicamente con alcohol gel al no contar con lavamanos en las estaciones de enfermería de cada piso (ver tabla 17).

Tabla 17. Definiciones para el uso de elementos de protección personal.

“Al inicio, cuando partió esta residencia, se proyectó cuánto es lo que se iba a necesitar y se solicitó la compra, pero la compra demoró un montón (...) Se nos entregaba un stock chiquitito, que había que resguardar, por lo que tuvimos que definir, inicialmente, que los funcionarios controlaran primero contactos estrechos, después controlaban los COVID positivo, trabajando de menos a más carga viral, y ahí hiciera el cambio de EPP, considerando no más allá de 4 horas estando con la mascarilla”. [Entrevistado 5]

“Fue un desarrollo local [la definición del estándar de uso de EPP]. Eso lo fuimos viendo en la medida que se trataba de optimizar el recurso de EPP y los tiempos, también, de controles que tenían que tener los usuarios, más menos, para ir dando el monitoreo”. [Entrevistado 5]

“Desde el punto de vista de seguridad, es aplicar la normativa vigente y estarla actualizando, estar capacitando (...) El problema es que, claro, como era tan cambiante - porque el conocimiento se iba actualizando constantemente- (...), no alcanzabas a la fase de supervisión cuando ya tenías que hacer una nueva capacitación, porque había cambiado la norma, porque habían cambiado las indicaciones y eso, obviamente, lleva a la confusión de los equipos. Y si a eso le sumas el factor del susto, tienes cosas tan curiosas como que el Chofer llevaba más EPP que el equipo completo de salud que atendía a pacientes sintomáticos respiratorios”. [Entrevistado 2]

“También cambiaron mucho los estándares respecto a las normativas de calidad y seguridad. Entonces, primero era [entendido] que sólo usaban mascarillas los pacientes, los usuarios que tenían sintomatología respiratoria y antecedentes; después fueron todos los [pacientes] respiratorios; después fue todo el equipo de salud; después era todo el mundo... y tenías equipos que querían andar casi como con traje de astronauta, protegido y las indicaciones te decían [que debía usarse EPP] por grados de exposición, de riesgo”. [Entrevistado 2]

“La experiencia nos dice que hubo que hacer un control de los insumos, del uso de los insumos también. Por lo tanto, también hubo que crear este cargo o este encargado de los insumos, que llevara un inventario de lo que estábamos utilizando. En algún momento no habían insumos, no había en el mercado, era difícil su compra, demoraba. Por lo tanto, la restricción era al máximo en el uso de insumos, ajustado a lo que la evidencia indicaba”. [Entrevistado 4]

“Era importante tener claro si un usuario era contacto estrecho o estaba contagiado, también, porque en los pisos de los hoteles no contábamos con lavamanos, donde, por ejemplo, al salir de una habitación, la enfermera se lavara las manos e ingresara a otra. Lo que teníamos era sólo alcohol gel para desinfectarnos las manos (...) Salían de la habitación, botaban las EPP, se limpiaban con alcohol gel y se ponían EPP limpias”.
[Entrevistado 6]

b. Comunicación y coordinación con los hoteles.

Otro desafío fue el establecimiento de formas de comunicación efectiva y de coordinación con los hoteles en que los dispositivos se emplazarían. Para ello, el representante del Servicio de Salud debía relacionarse con la contraparte, generalmente parte del equipo gerencial, y por este medio, establecer acuerdos de funcionamiento para facilitar los procesos de atención de las personas y entre las partes.

Los acuerdos contemplaban los requerimientos que tanto el hotel como el Servicio de Salud realizaban en función de la prevención de riesgos, los recursos materiales y los espacios físicos necesarios para el desarrollo de las acciones. Los resultados a los que se arribaba se comunicaban así a los trabajadores del hotel como a los equipos clínicos de cada recinto. Esta coordinación dependía de cuánto accediera el equipo directivo del hotel a los requerimientos que el equipo clínico elevaba para desarrollar la atención de los usuarios.

“También empiezas a tener dificultades, sobre todo con los hoteleros más grandes, sobre quién es el que manda en lugar: ¿Es un hotel y manda el gerente del hotel o es un espacio sanitario y manda el responsable clínico del espacio clínico? Eso también genera dificultades”. **[Entrevistado 2]**

“Afortunadamente el trabajo con el hotel fue bastante bueno (...), porque ellos querían que funcionáramos como profesionales de la salud, como estimáramos conveniente, entonces lo que se pedía, el hotel accedía, lo que derivó en trabajar muy bien, en equipo con el hotel (...). Hacíamos reuniones semanales, para ver lo que podíamos mejorar”. **[Entrevistado 6]**

“En general, el hotel designó (...) como la contraparte para el equipo (...) un representante del hotel de este equipo directivo (...). Y desde salud, también: nosotros solicitamos -como los equipos estaban ahí trabajando- que todos los temas a coordinar con el hotel se hicieran a través de las 2 personas que estaban como encargadas de la residencia. En el fondo, para poder clarificar los canales de comunicación y no generar malos entendidos, porque eran, no sé, 40 personas por turno. Entonces, era imposible que las 40 personas estuvieran demandando cosas al hotel”. **[Entrevistado 3]**

“(...) Funcionábamos como el hotel quería que funcionáramos, en el área de Prevención de Riesgos y (...) en el tema de salud como nosotros lo diseñábamos

(...) bajaba información hasta a la Gerente y Gerente de Prevención de Riesgos, para que se los dieran a conocer sus trabajadores". [Entrevistado 6]

c. Diferencias en la gestión de las distintas residencias sanitarias.

La implementación de residencias sanitarias en el Servicio de Salud Metropolitano Norte contó con dos momentos. El primero de ellos estuvo dado por la habilitación del hotel donde se emplazó la primera residencia sanitaria, el que contaba con elementos estructurales que dificultaban la implementación de un dispositivo, especialmente para la sanitización de espacios, normas de seguridad y vías de evacuación.

La puesta en operación de las nuevas residencias sanitarias, Hotel Capital y Radisson, correspondieron al segundo momento, lo que permitió considerar las buenas prácticas desarrolladas previamente y desestimar aquellas consideradas insuficientes. Sin embargo -y pese a los intentos por establecer un funcionamiento estandarizado para los dispositivos-, se mantuvieron diferencias en la gestión de cada una de las residencias sanitarias.

Ejemplo de lo señalado son las condiciones sanitarias con que contaban las habitaciones de los hoteles, así como las zonas que utilizaba el personal y los flujos de tránsito respondían a las condiciones estructurales de los mismos, existiendo, en algunos casos, espacios sin ventilación para la mantención de pacientes con sintomatología respiratoria. Ante ello, tampoco se contaba con orientaciones definidas desde el Nivel Central, de modo que cada residencia sanitaria establecía sus propios espacios, flujos y uso de dependencias.

Uno de los aspectos que mantuvo diferencias considerables fue la definición respecto de la cantidad de funcionarios que compusieron los equipos clínicos en cada lugar, así como los roles desempeñados por los profesionales en la estructura organizacional, que respondían a la experiencia desarrollada durante la operación de cada dispositivos. Así, mientras que en la primera residencia sanitaria se contaba con un enfermero y cuatro TENS en cada turno más un médico en horario diurno, en las residencias sanitarias emplazadas en los hoteles Capital y Radisson se dispuso de numerosas duplas de enfermeros y TENS y varios médicos.

En términos de alimentación, no había un estándar predefinido, dejándose ello en manos del personal del hotel contratado por el MINSAL. Así, los ajustes se realizaron en cada una de las residencias sanitarias, dependiendo de la capacidad de gestión de cada referente técnico en terreno y de la disposición de los directivos de los hoteles, ofreciendo cada lugar las alternativas de menú y sus cantidades en forma independiente.

Otra diferencia significativa fue la actuación de los enfermeros supervisores de los equipos clínicos en las nuevas residencias sanitarias, cuyo rol resultó determinante en el éxito del sistema de trabajo del equipo clínico de una de las residencias sanitarias y en las dificultades para su desarrollo en la otra.

La tabla 18 exhibe las citas de los entrevistados relacionadas con las diferencias evidenciadas en la gestión de las diferentes residencias sanitarias.

Tabla 18. Diferencias en la gestión de las distintas residencias sanitarias.

“[Se trató] de recoger lo que se había hecho (...), ir tratando de homogeneizar todas las residencias (...), por supuesto, con los matices de cada equipo clínico que se había contratado, porque al inicio el estándar establecido [por MINSAL] era menos equipo clínico para atender usuarios y cuando se incorporó esta segunda etapa de las residencias, el Servicio de Salud definió que se requería más equipo clínico o un equipo clínico más grande”. [Entrevistado 5]

“(...) el primer hotel es un hotel boutique, por tanto, tienes que hacer una serie de adecuaciones de funcionamiento. Llegas y todo el montaje de hotelería es muy distinto al de la atención clínica, entonces tienes que pedir que se retiren cuadros, superficies... o sea, elementos que no sean lavables (...) tienes que ver, de repente, si tienes piso alfombrado, si tienes aire acondicionado (...), si tienes ventanas que se abren y si hay seguridad, para que nadie se tire por la ventana, arrancando o intentando atentar contra su vida; cuáles son los sistemas de seguridad con que cuenta el espacio; en caso de evacuación, cuáles son las vías; cosas elementales como esas”. [Entrevistado 2]

“[En el Hotel Tremo] no tenían las hojas de registro de atención de enfermería. Recuerdo que las habitaciones de los pacientes no tenían ventilación, etc. Eso es lo que recuerdo. Además, no había ningún documento de cómo hacer funcionar una unidad como esa, independiente de que llevaran poco tiempo. Por último [se espera] tener un orden de cómo hacer las cosas. Así que no tomé ninguna idea de ese hotel para implementarla en el [Hotel] Capital” [Entrevistado 6]

“Se trabajaron y abordaron diferentes formas de trabajar. Si bien en el Tremo 1 había 1 Enfermero por turno -era mucha menos gente- y 4 TENS, en las otras [residencias sanitarias] la idea era que trabajaran en dupla todos los TENS y los enfermeros de los turnos, para poder hacer los procedimientos, controles (...) pedíamos que ya se contrataran médicos y no podía ser un médico por turno, por la cantidad de pacientes que teníamos. Entonces, de acuerdo a la experiencia, no de la orientación del MINSAL, se fue mejorando la atención de los pacientes”. [Entrevistado 4]

“El hotel tenía un menú definido, pre-acordado, muy, muy puntual e igual hubo que hacer algunas variaciones, por los niños y también por personas que no comían carne o tenían alguna dieta especial; por tener una condición crónica de salud, también, que no les permitía comer cualquier cosa; entonces, afortunadamente, ahí el hotel se fue adaptando a esas situaciones”. [Entrevistado 5]

“Al Chef de la cocina hay que indicarle que tú necesitas un menú estándar y no un menú demasiado sofisticado y eso también te genera roces, porque él está esperando poder generar una diversidad de platillos y no termina entendiendo que la gente que va es gente que va desde una realidad sociocultural deprivada y que si tú le das muchas cosas muy elaboradas [se] pierde el sentido de lo que tú estás haciendo”. [Entrevistado 2]

“El Enfermero que estaba cargo en el Radisson (...) tenía prácticas ya instaladas por meses y que, a pesar de ir modificando, de ir instalando la correcta gestión de enfermería (...), fue muy difícil, muy, muy difícil de instalar. De hecho, tuvimos que eximir de la estrategia a la persona que estaba ahí liderando [...]. Lo que fue un acierto con la elección de una Enfermera de una Residencia, fue un desacierto en la otra. Completamente” [Entrevistado 3].

d. Intervención con el personal de aseo de los hoteles.

Otro orden de preocupaciones lo constituyeron las labores de aseo de los hoteles, puesto que requerían que el equipo de mucamas contase con conocimientos sobre el modo en que debe efectuarse el aseo de las habitaciones, dado el riesgo de infección que la manipulación de objetos contaminados, el uso incorrecto de los elementos de protección personal y el contacto directo con personas contagiadas suponía.

El desarrollo de las acciones de capacitación se consideró un aspecto fundamental para evitar la propagación de la enfermedad y fue una iniciativa del Servicio de Salud Metropolitano Norte, al no ser un aspecto contemplado en la contratación de los hoteles ni en las orientaciones ministeriales, por lo que se debió enfrentar el problema en el momento, recogiendo el temor a contagiarse y el desconocimiento sobre el adecuado uso de los elementos de protección personal por parte de las personas ajenas al área de la salud.

En específico, se capacitó al personal de aseo respecto de cómo efectuar aseos sanitarios y terminales de las habitaciones, así como de la limpieza de los aires acondicionados, al tiempo que al personal de lavandería se le indicó las precauciones a tener al momento de lavar la ropa de cama utilizada por los usuarios contagiados.

El temor a contagiarse del personal de aseo hizo que, el día de apertura de la residencia sanitaria emplazada en el Hotel Capital, llegaran pocos de los trabajadores a cumplir funciones, debiendo reiterar las instancias de capacitación con cada persona del equipo de mucamas que se incorporaba.

Para evitar el contagio entre el personal, la implementación de residencias sanitarias en hoteles requirió efectuar ajustes en los espacios existentes en los recintos, cuya adaptación buscaría obtener las condiciones más parecidas posibles a las que un recinto clínico exige.

La primera residencia sanitaria, implementada en el Hotel Tremo, exigió la realización de arreglos que suponían cambios significativos en estructura y ambientes, las que encontraron buena acogida y veloz resolución por parte del dueño del recinto. Mientras que en las residencias implementadas en los hoteles Capital y Radisson, mucho más grandes que el primero, se requirió fundamentalmente de efectuar un ajuste de los espacios, especialmente para ofrecer ambientes adecuados a los grandes equipos clínicos que se incorporarían.

La tabla 19 presenta las citas referidas a las tareas realizadas, por el personal de salud, con el personal de aseo de los hoteles:

Tabla 19. Intervención con el personal de aseo de los hoteles.

“En el camino nos dimos cuenta que teníamos que hacernos cargo de capacitar y hacer una inducción a todo el equipo de mucamas, que eran las que finalmente tenían contacto con los pacientes. Entonces, dependía mucho de como fuera ese contacto el riesgo que tenían de infectarse y (...) no tuvimos brote con ese equipo donde nosotros sí asumimos fuertemente el liderazgo en la capacitación y en el control”. [Entrevistado 3]

“También se tuvo que capacitar al personal del hotel que hacía el aseo y limpieza, también en el uso correcto de EPP, por lo mismo: para evitar contagio entre ellos, que también tenían que ingresar con los usuarios, dentro de la habitación, cuando hacían el aseo normal del baño y de la habitación”. **[Entrevistado 5]**

“Sí, fue el equipo de salud el que asumió eso [de capacitar al personal del hotel]. Y siempre se les estuvo reforzando el tema de salud. Si veíamos una conducta que no correspondía, se hablaba para mejorarla, tanto a los profesionales de salud como a los del hotel (...).” **[Entrevistado 6]**

“Tienes que explicarle, al personal de aseo del hotel, cómo se hacen los aseos terminales, sanitarios: no es un mismo tipo de aseo. Tienes que indicarle, a la lavandería, cómo se lava la ropa de cama al final de la estadía de un paciente con un cuadro infeccioso, respiratorio”. **[Entrevistado 2]**

“Estaba el equipo, por ejemplo, de mucamas que, en general, al principio tenían mucho temor y eso también lo fuimos resolviendo, haciéndonos cargo nosotros de la capacitación, de la inducción, en relación a lo que tenían ellas que hacer y cómo acercarse y trabajar con los pacientes (...). Finalmente nos hicimos cargo nosotros y asumimos. Teníamos que escucharlos, tenían mucho desconocimiento, lo que es obvio, si no tienen por qué saber. Y eso tampoco lo gestionamos previamente, fue como del aprendizaje en el camino” **[Entrevistado 3]**

“Pasó que el día lunes se hizo una capacitación para mucamas que iban a ingresar al hotel (...) y el día que se abrió el hotel, llegaron muy pocas mucamas, dado que estaban con bastante miedo por el tema del COVID. Luego se hizo otra capacitación, que fue hecha por la enfermera encargada de la residencia, del Servicio [de Salud] Metropolitano Norte y ahí ellas ya quedaron un poco más tranquilas con respecto a eso, pero no eran del área de la salud, por lo tanto ahí había que reforzar cómo hacer los aseos, cómo limpiar las habitaciones, etc., para que limpiaran bien y ellas mismas no se contagiaran”. **[Entrevistado 6]**

“Al comienzo, en el primer hotel que nosotros instalamos, la recepción del dueño del hotel era súper buena. Si había que hacer arreglos, si había que instalar algo, él lo hacía y se demoraba poco. En la segunda avalancha que tuvimos, ahí eran hoteles más grandes y (...) eran muchos más en turno, las habitaciones del hotel eran muchas más, la capacidad del hotel era mucha más, entonces hubo que adaptar espacios para que estuviera el personal clínico que iba a trabajar ahí... pero hubo que adaptar espacios de los hoteles para poder trabajar, si son hoteles, no son hospitales” **[Entrevistado 1]**

e. Ajuste de condiciones y espacios para evitar el contagio del personal.

Para poner en operación el Hotel Capital, se definió continuar con el rediseño de espacios para los diferentes procedimientos que involucraba el funcionamiento del dispositivo, debiendo ser revisados los procesos ya implementados y reorganizarlos correspondientemente, con la finalidad de resguardar los estándares requeridos en la operación del recinto y la protección del personal.

Entre los aspectos a los que se destinó especial atención se encuentran la delimitación y forma de utilización de los espacios destinados a la alimentación, vestidores y descanso, debido a que en ellos es esperable la mayor producción de contagios, dado que las medidas de cuidado se relajan, disminuyen el uso de mascarillas y se generan momentos de conversación.

El Hotel Radisson, por su parte, contaba con piso alfombrado en todas sus instalaciones y tenía dispuesto, para el tránsito de usuarios y personal clínico, solo dos ascensores que el hotel debía higienizar. Como el piso alfombrado no se puede higienizar con estándares clínicos y no era viable solicitar el retiro de las alfombras, se debió solicitar plastificar todos los pisos alfombrados. En tanto, la disposición de tan pocos ascensores para el traslado de usuarios y personal clínico exigió señalar correctamente para evitar confusiones en el uso y con ello, también los contagios. Por su parte, se definieron también los espacios de alimentación y trabajo administrativo, limitando los espacios en que los equipos clínicos comparten sin uso de elementos de protección personal, aspecto que requirió de monitoreo permanente (ver tabla 20).

Tabla 20. Ajuste de condiciones y espacios para evitar el contagio del personal.

“Cuando llegamos a la residencia [Hotel Capital] (...), mientras echábamos a andar al recurso humano que iba llegando, mientras recibíamos a los pacientes y organizábamos los espacios de trabajo (...), nos pusimos a pensar... y no tenemos diseñados, bien diseñados, los espacios de sueño, de cambio de ropa y la alimentación. Y eso nos generó (...) tener que pensar y reorganizar lo que ya habíamos implementado para también cumplir los estándares que tienen que ver con la protección de los funcionarios en su quehacer asistencial”. **[Entrevistado 3]**

“Ahora, también el espacio físico y la logística son súper importantes. Hay que pensarlas de manera previa. Ahora, como esto pasó de forma muy rápida, creo que se debió pensar con un poco más de tiempo antes de implementar dispositivos en espacios que no cuentan con las características más adecuadas” **[Entrevistado 6]**

“Obviamente, es súper importante, ahí, mantener el distanciamiento, mantener espacios separados (...) de alimentación y de cambio de ropa... son de los más riesgosos, junto con el de sueño, obviamente. Pero son los más riesgosos para el personal de salud, en el contexto de la pandemia, porque son los espacios en donde uno se baja la mascarilla y habla. En general, el personal de salud se cuida de no contagiarse del enfermo o del paciente, pero se olvida que también se puede contagiar del compañero. Y eso también lo tuvimos que reforzar con nuestro equipo”. **[Entrevistado 3]**

“Llegas a otros espacios físicos que no están diseñados para nada [clínico]. Por ejemplo, pisos alfombrados. ¿Qué haces? No le puedes pedir al hotel que retire el piso alfombrado: hay que pedirle que cubra el máximo, con plástico, por ejemplo”. **[Entrevistado 2]**

“El tema de las alfombras fue un temazo para poder hacer higiene. Por otro lado, los accesos: el hotel [Radisson] tenía dispuesto, para el ingreso de los usuarios y tránsito de los funcionarios, sólo dos ascensores (...). Por lo tanto, no había, tampoco, forma de que, cada vez que se usara el ascensor, éste fuera higienizado, sino que más bien había ciertos horarios, durante el día, donde se higienizaba y eso, a veces, daba a confusión de chuta... ¿A cuál me subo? ¿En cuál subió el usuario?” **[Entrevistado 5]**

“Hubo que mejorar también la señalética, piso por piso, porque se estaban confundiendo los clínicos de por dónde subía el usuario COVID, versus por dónde podían ellos transitar. Pensando en el acceso, después también hubo que separar los ambientes de alimentación y de trabajo administrativo, porque estaban comiendo y trabajando en el mismo lugar y se bajaban la mascarilla. También fue una complejidad estar ahí, permanentemente, reforzando al equipo [respecto de] que eso era en resguardo de su misma condición de salud”. [Entrevistado 5]

f. Procedimientos para la gestión del cuidado.

Los lineamientos establecidos en el diseño y las orientaciones técnicas de la estrategia comunicadas por parte del MINSAL consideraban aspectos generales a tener en cuenta en los dispositivos, pero no definían los procedimientos de enfermería, debiendo establecerlos para orientar la gestión del cuidado de pacientes al interior de las residencias sanitarias y la compra de elementos de protección personal para evitar el contagio de usuarios, equipos clínicos, personal de gestión y administrativo, aspecto del que se hace responsable el referente técnico de gestión del cuidado del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Que la responsabilidad de la gestión clínica haya recaído sobre un referente técnico del área de enfermería dice relación con que la formación académica contempla el manejo de conocimiento asociado a la prevención de infecciones y los procesos y procedimientos que deben existir para este fin, lo que se hizo urgente al momento de implementar las nuevas dos grandes residencias sanitarias, situación antes de la que no había procedimientos de enfermería bien definidos y que permitió definir los implementos y recursos necesarios para el funcionamiento de los dispositivos.

Los procedimientos, en concreto, establecieron los flujos de circulación a partir de las instalaciones existentes y su demarcación, la disposición de espacios de trabajo, alimentación y tránsito, áreas limpias y sucias para el uso de EPP, de acuerdo con su condición y uso.

A continuación, la tabla 21 presenta las citas relacionadas con la generación de protocolos en las residencias sanitarias:

Tabla 21. Procedimientos para la gestión del cuidado.

“También nos ocupamos que la gente de Prevención de Riesgos de acá, del Servicio [de Salud], hiciera las visitas a los hoteles, que los demarcara, que entregaran la orientación y ante cualquier contagio o algo (...) también eran los encargados de poder orientar al funcionario: qué protocolo debía seguir en ese ámbito (...) Son cosas que se fueron desarrollando acá, en el Servicio de Salud. Cuando bajan las orientaciones del MINSAL, están orientadas, solamente, al funcionamiento de residencia sanitaria”. [Entrevistado 4]

“Lo que nos llegó [sobre procedimientos y protocolos] de residencia fue un solo documento, me acuerdo, que decía lo general. En la conversación interna (...) todos se preocupaban de la seguridad de los equipos, los funcionarios y los administrativos (...) Fue el enfermero el que le dio importancia a la gestión de los cuidados y lo que

respectivamente se tenía que hacer y se compró todo lo que se necesitaba”. [Entrevistado 1]

“Entre que se hizo una visita técnica; se revisaron las instalaciones con un equipo, también multidisciplinario; se levantó un acta; fue [el equipo de] Prevención [de Riesgos del Servicio de Salud], que también miró; se definieron los espacios; se definieron los flujos internos [de circulación de personas en los lugares donde se emplazarían las residencias sanitarias]”. [Entrevistado 2]

“No había ningún flujo entre áreas limpias, áreas sucias, por ejemplo. Estaba todo el tema de la desinfección de los insumos. Estoy hablando de los aparatos de presión, de saturómetros que se utilizaban en las habitaciones de los enfermos, y que claramente después tenían que bajar contaminadas y pasar por un circuito de desinfección, que tenía que ser súper preciso para que, desde ese material contaminado, no se contaminara el resto del equipo (...). Eso no existía” [Entrevistado 3]

g. Registro y trazabilidad de las acciones efectuadas en las residencias sanitarias.

Una preocupación de los profesionales del Servicio de Salud Metropolitano Norte, al momento de implementar la estrategia de residencias sanitarias, estuvo constituida por el adecuado registro y trazabilidad de las acciones efectuadas en las residencias sanitarias, incluidas las compras efectuadas y las donaciones recibidas, por cuanto constituyen los elementos que permiten dar cuenta de las prestaciones realizadas y del uso de los recursos públicos, lo que posteriormente sería observado por Contraloría General de la República.

El formato para el registro de las prestaciones llevadas a cabo en las residencias sanitarias no se encontraba contemplado en el diseño de la estrategia ni fue provisto a través de las Orientaciones Técnicas, de modo que el instrumento debió ser confeccionado revisado periódicamente por el Servicio de Salud Metropolitano Norte, de acuerdo con la experiencia obtenida, condición que impidió alcanzar los estándares esperados.

Un problema particular resultó del uso de fichas clínicas por parte de los profesionales, puesto que, en ocasiones, los equipos clínicos no consignaban en la ficha clínica todos los indicadores relevantes para la evaluación del estado del paciente, lo que implicó destinar horas de trabajo a la supervisión del registro e intervenciones para mejorarlo (ver tabla 22).

Tabla 22. Registro y trazabilidad de las acciones efectuadas en las residencias sanitarias.

“Siempre dijimos que había que resguardar todo lo que se hacía... con respaldos legales: el registro clínico, las compras, todo lo que se estaba haciendo respaldado [...] yo siempre pensé que estas cosas las iban a evaluar desde el Nivel Central o desde la Contraloría [General de la República]o que se iban a hacer rendiciones hacia atrás. Por eso, siempre les decía: chiquillos, guarden todo, registren todo, todas las compras que hagamos, las facturas que recibamos, las donaciones que vayamos a recibir, todo debe estar justificado o respaldado. Lo que hicimos, todo ojalá con resolución”. [Entrevistado 1]

“Guardamos todo, todo registrado, todo tiene que tener un registro. Porque todos estos procesos, si bien puedes asumir riesgos, tienes que tener un respaldo de cómo lo hiciste, por qué lo hiciste, porque efectivamente puede usarse para muchas cosas después. Y la Contraloría [General de la República] revisó muchas cosas, revisó varios procesos, incluso a nivel país: revisó Residencias [Sanitarias], TTA y muchas cosas que tenían que estar con respaldo, a pesar de los riesgos que se corrieron”. [Entrevistado 1]

“[La importancia de los registros clínicos y administrativos está dada] porque están directamente relacionados con el buen uso de los recursos públicos”. [Entrevistado 2]

“El tema era contar con el personal clínico que se preocupara de los controles de sus pacientes, que hubiese registro de esas acciones, que pudiésemos tener claro no sólo el registro del ingreso y la salida del paciente -porque además teníamos que pagar, porque cada estadía [de cada persona] había que pagarla-, sino cuándo ingresaba, cómo era su estado de salud, cuándo salía. El registro clínico fue siempre una preocupación, el tener el registro de los controles, de lo que se le hacía, de lo que se le entregaba, incluso la alimentación que recibía [cada paciente]”. [Entrevistado 1]

“Nunca se nos habló de una ficha de registro clínico: nosotros la implementamos acá. Y es diseñar una hojita de atención cerrada, hospitalaria, básica, con síntomas, con cuadros para rellenar los síntomas de los controles diarios, observaciones, un pequeño examen físico... tampoco una cosa particularmente elaborada... una ficha de ingreso, armar una carpeta... que eso también te va llevando a la necesidad de ir revisando procesos de manera continua y que el tiempo y la vorágine de la pandemia, al menos los primeros meses, fue casi imposible de poder contar con los estándares que tú quisieras. Terminas haciendo lo que mejor puedes, con lo que tienes”. [Entrevistado 2]

“Como profesionales tenemos que registrar de manera correcta en la ficha clínica y sobre todo, en pacientes que ingresan con un cuadro respiratorio. Por ejemplo, no registraban la saturación [de oxígeno en la sangre], no registraban la frecuencia respiratoria, que son datos súper importantes para determinar qué es lo que se hace con los pacientes (...). Entonces, los registros estaban incompletos y lamentablemente los teníamos que revisar, porque eso también era un documento legal que, de alguna forma, el Servicio [de Salud] Metropolitano Norte o SEREMI, en algún momento, lo podía requerir. Entonces, al comienzo no se hacía la pega de manera correcta, pero lo fuimos mejorando con el tiempo”. [Entrevistado 6]

h. Dificultades en la operación de los sistemas de registro.

En el nivel operativo, el registro actualizado de usuarios residentes fue lo que presentó una de las mayores complicaciones, dado que se continuamente se generaban errores de registro por parte de los encargados de esa función, quienes cambiaban con la rotación de los turnos y no tenían experiencia en el manejo del instrumento, lo que generó permanentes errores y destina- ción de tiempo a su solución.

Inicialmente, la importancia de tales registros radicaba en que contenía tanto la cantidad de usuarios presentes en la residencia sanitaria como los antecedentes personales y clínicos relevantes para la toma de decisiones. Pero con el paso del tiempo, comenzaron a ser solicitados, más de una vez,

desde el MINSAL, lo que implicaba destinar importantes cantidades de horas a su precisión y actualización en cada jornada,

Aquellas solicitudes provenientes desde el Nivel Central se caracterizaban por tener carácter inmediato y ser cambiantes en cuanto al contenido de los registros. Así, el no contar con un instrumento generado por el Nivel Central, estandarizado y adaptado para tales requerimientos, fue un aspecto que añadió una dificultad adicional al trabajo desarrollado.

Por otro lado, el control de inventarios también implicó un esfuerzo importante, en la medida que se efectuaba en función de un control centralizado por parte del Servicio de Salud, desde donde se organizaba la distribución de los insumos a las residencias sanitarias, de acuerdo con una canasta establecida.

Las existencias se consignaban en una planilla Excel que debía dar cuenta de los movimientos de insumos, manteniendo control de las personas que los usaban y reponían. Sin embargo, cada encargado de registrar el inventario efectuaba una interpretación propia del sistema de registro, efectuando introducciones en el documento que afectaban la cuadratura de los datos, aspecto que no fue considerado en la planificación de la implementación.

Un aspecto que cobra especial relevancia con la falta de planificación de esta actividad es que resultan determinantes las acciones del operario. Ejemplo de ello es el caso del enfermero coordinador de una residencia sanitaria, cuyo desorden en los registros llevó a que se definiese a otra persona como encargada del registro administrativo.

La tabla 23 exhibe las citas de los actores relacionadas con las dificultades presentadas en la operación de los sistemas de registro:

Tabla 23. Dificultades en la operación de los sistemas de registro.
<p><i>“El registro era a través de una planilla, pero inicialmente con antecedentes clínicos (...), pero había antecedentes que había que recopilar, por lo tanto, se anotaban fonos de contactos, correos de familiares, para poder tener mayores antecedentes, las fechas de su historial clínico en general, como para ir visualizando, más menos, cuando el Médico tenía que evaluar, si estaba en condición de alta o no y, desde ahí, esa misma planilla fue la que también fue guiando el registro de la cantidad de personas por día que estaban en la residencia y cuándo se les iba dando el alta”. [Entrevistado 5]</i></p>
<p><i>“Nosotros llevábamos unan planilla de registro, donde teníamos toda la información de los pacientes, desde el nombre hasta no sé, todo: teléfonos, fecha de nacimiento... y esos registros siempre eran engorrosos, porque (...) [requería de] un profesional administrativo, por turno, que se hiciera cargo y responsable de esa información, además de mantenerla actualizada. Y siempre pasó que no nos cuadraba la información. Entonces, resultaba engorroso con la cuadratura de pacientes diarios”. [Entrevistado 6]</i></p>
<p><i>“Yo creo que fue, más que nada, porque las personas que estaban a cargo no tenían experiencia en el manejo de una planilla por paciente, pero como íbamos trabajando en el día a día, no se podía designar un día a una persona para probar y designar a otra persona otro día, porque eso dificultaba mucho más el trabajo de mantener esa planilla al día”. [Entrevistado 6]</i></p>

“Teníamos que ir resolviendo en el día a día. Con el director técnico de la residencia llegamos a pasar de largo 3 días, tratando de ordenar la información y hacer el traspaso a los turnos correspondientes. En un momento, prácticamente no teníamos horarios. Él insistía en que, desde el Servicio de Salud [Metropolitano Norte], le mandaran personal administrativo, pero nunca ocurrió. Fue de las cosas más complicadas del manejo de la residencia”. [Entrevistado 6]

“El objetivo (...) de mantener el orden de las fichas, de mantener el control, de mantener un registro clínico actualizado de los pacientes... eso, en función de lo urgente, muchas veces no fue posible de cumplir”. [Entrevistado 4]

“Lo administrativo, la verdad es que demandó mucho más que lo clínico propiamente tal, porque era una demanda de información constante y distinta, desde distinta fuente solicitante. Eso generaba estrés, por supuesto. Generaba que un día, a uno, le preguntaban un tipo de información, pero al otro día la cambiaban completamente y la pedían de forma inmediata. Eso era prácticamente imposible, porque no había un registro adaptado a los que ellos estaban pidiendo”

“Efectivamente, fue una alta demanda de información [desde MINSAL], más de una vez al día, donde uno, más que estar en función de lo que era realmente importante, tenía que estar esclavizado a la información, porque era una constante de ingreso y egreso de usuarios. También que tenía que irse registrando la información que, además, se generaba durante el día”. [Entrevistado 5]

“A nosotros nos llegaban los fármacos a la residencia, era una canasta que se estableció como tipo para cada residencia, se supone que esos fármacos venían inventariados (...). Pero qué pasa: que uno empezaba con el turno de día, con el Excel (...) y ese turno lo entendía de una manera, pero cuando ese turno lo pasaba al turno de noche, el turno de noche algo modificaba (...), entonces cuando uno llegaba (...), ya estaba todo cambiado y no nos cuadraba (...). Tiene que ver con eso, con lo que uno, en gestión, define como planificación”. [Entrevistado 3]

“Cada turno tenía un encargado, que estaba a cargo de cada área: uno para farmacia, o sea, para el botiquín; otro para el espacio de higienización de los instrumentos y el resguardo, también, de que no les faltara nada, por lo tanto, cada profesional que retiraba tenía que firmar lo que retiraba y después, traer de regreso todo con la recepción conforme de la persona a cargo del turno”. [Entrevistado 5]

“Se llevaba un control de bodega, que lo llevó la Administrativa después, porque al inicio lo llevó el Enfermero Coordinador, que (...) no llevaba un orden, sino que más bien era un desorden (...). Cada turno tenía su cantidad de EPP, de acuerdo a la cantidad de pacientes que tenían que ver y al uso estándar que se había definido”. [Entrevistado 5]

i. Sistema de turnos del personal clínico de las residencias sanitarias.

La Orientación Técnica de la estrategia ofrecida por el MINSAL indicaba que se debía contar con una enfermera cada cincuenta o sesenta pacientes, en jornada de 8:00 a 17:00 hrs., más un TENS cada veinte o veinticinco pacientes, quedando estos últimos a cargo de la residencia sanitaria durante la noche. Esta situación se mantuvo hasta que la gravedad de los pacientes fue demostrando

que se requería de una mayor cantidad y variedad de profesionales y técnicos para el funcionamiento de las residencias sanitarias, así como contar con personal de enfermería durante la noche.

De acuerdo con la experiencia obtenida durante la implementación y operación de las residencias sanitarias, el Servicio de Salud Metropolitano Norte dispuso la incorporación de médicos y personal de enfermería, en sistemas de turno, con presencia las 24 horas del día.

Los turnos de trabajo del personal consideraban jornadas en formato de cuarto turno modificado (veinticuatro horas continuas y tres días libres), lo que genera un formato que permite acomodar de forma más eficientes los turnos rotativos, pero aumenta el desgaste del personal, más aún cuando los funcionarios realizaban turnos adicionales de veinticuatro horas entre jornada y jornada.

Pese al esfuerzo por cuidar al personal del desgaste que genera este sistema de turnos, las condiciones que imponía la pandemia no favorecían el descanso necesario, por cuanto el personal clínico desarrollaba funciones durante más horas que establecidas en el sistema de turnos, lo que no estaba adecuadamente regulado ni por el MINSAL ni por el Servicio de Salud Metropolitano Norte.

La tabla 24 presenta las citas relacionadas con el establecimiento de sistema de turnos del personal clínico de las residencias sanitarias:

Tabla 24. Sistema de turnos del personal clínico de las residencias sanitarias.

“Al abrir la residencia sanitaria, la orientación que venía desde el MINSAL, para el funcionamiento de las residencias sanitarias, era que había que tener una enfermera cada 50 ó 60 pacientes y un TENS cada 20 ó 25 pacientes. La enfermera estaba de 8:00 a 5:00 pm, por lo tanto, la noche estaba toda, solamente, con un TENS a cargo de la residencia sanitaria. Como (...) fue aumentando la gravedad de los pacientes (...) era necesario que estuviera además de un TENS, la enfermera. Entonces, la primera decisión que se toma (...) es que la enfermera estuviera 24 horas, igual que el TENS”. [Entrevistado 4]

“De acuerdo a la experiencia de lo que ya habíamos hecho, fuimos incorporando [recursos que no habían sido contemplados inicialmente]. La orientación no tenía incorporada a la Enfermera 24 horas y se fue incorporando. No estaba considerado el Médico, que también se fue incorporando”. [Entrevistado 4]

“Tenías que hacer adecuaciones a los sistemas habituales (...) lo tienes que adecuar a un cuarto turno modificado -que haces 24 horas y 3 días libre (...). Hacer 24 horas igual conlleva un riesgo por desgaste (...) y cuando te ves más sobrepasado todavía y están haciendo [turnos de] 24 [horas] cada dos días, con un día libre entremedio, obviamente es un riesgo que se corre, pero (...) no puedes parar, porque hay personas que dependen de eso: nuestros usuarios”. [Entrevistado 2]

“Lamentablemente, no había nada en relación a [cuidado de] los profesionales, si bien pensamos en (...) 24 horas solamente de turno, pensando en el descanso del funcionario, que era lo que podíamos ver. Sin embargo, la emergencia sanitaria, en algunas ocasiones no nos permitía respetar eso, por lo que los funcionarios cumplían más horas de las que

podían hacer. Creo que (...) desde la institución o del MINSAL, faltó el cuidado del personal”. [Entrevistado 4]

j. Abordaje y resolución de necesidades sociales al interior de las residencias sanitarias.

Entre las diferentes situaciones que no se encontraban contempladas en el diseño de la estrategia se encuentran aquellas surgidas a partir de las necesidades sociales de los usuarios de estos dispositivos, para las que ni los equipos ni los recintos se encontraban preparados, debiendo recurrirse a las capacidades y las redes de trabajo desarrolladas por los profesionales del Servicio de Salud, en su gestión de la red, para ofrecer soluciones creativas y adecuadas.

Los agentes del Servicio de Salud Metropolitano Norte y/o a su red local comunal debieron establecer coordinaciones con la macrored de salud, llegando a tener que proveer soluciones a problemas que presentaban personas que no forman parte de su población territorial.

Estas situaciones, en ocasiones, trascendían el orden propiamente sanitario de la estrategia, debiendo ser atendidas situaciones sociales relacionadas con viviendas, migración o problemas culturales de las zonas de residencia de los usuarios, además de la falta de fármacos en general y para el tratamiento de enfermedades de base, implementos necesarios para el cuidado de bebés, entre otras.

“Si el paciente no tenía fármacos, teníamos que sacar de alguna parte, porque el paciente estaba bajo tu responsabilidad. Algunas de nuestras comunas nos ayudaban si es que no teníamos fármacos en bodega [...] Si el niño no tenía pañales, nos conseguimos los pañales; si un paciente no traía fármacos o al paciente se le habían terminado, se coordinaba con otros Servicios [de Salud] o con la comuna para que le mandaran los fármacos. Entonces, salieron muchas cosas, mucho tema durante la estadía de estas personas y no venían contempladas en el diseño de la estrategia”. [Entrevistado 1]

“Con mucho ingenio, con mucho sentido común [se resolvieron problemas emergentes]. O tocando la puerta de colaboradores (...). Una comuna que, entre ellos, se consiguen el tema de pañales para menores de dos años; otras comunas que (...) dicen: ‘Sabemos que vienen de otro Servicio [de Salud] (...), nosotros se lo facilitamos transitoriamente’. En el fondo, activando la red... echar mano a quien tienes al lado y tratas de ir empezando a protocolizar algunas cosas de funcionamiento para que, cuando te vaya a pasar alguna situación similar, tengas un plan de acción ya más o menos definido”. [Entrevistado 2]

“Casos muy particulares que tuvimos, que eran más bien sociales, sobre todo de migrantes que eran expulsados, literalmente, desde los lugares donde vivían [por los vecinos], cuando se sabían que tenían COVID y después no tenían dónde llegar de vuelta y ahí había que activar toda una red comunal para poder buscar una solución habitacional, aunque fuera transitoria, para esa gente”. [Entrevistado 2]

k. Coordinación con otros niveles de la red.

La coordinación con los otros niveles de la red de salud y del extrasistema era un aspecto que no se encontraba contemplado en el diseño de la estrategia y por lo tanto, tampoco en las Orientaciones Técnicas para el funcionamiento de las residencias sanitarias, pero que impactaba directamente en el funcionamiento de las residencias sanitarias, por cuanto resultaba determinante de la atención que se brindaba a los usuarios.

Ejemplo que da cuenta de la relevancia de la articulación de la red para el funcionamiento de los dispositivos están dados por la recepción de usuarios en grandes cantidades; derivados directamente desde la SEREMI de Salud, sin antecedente sanitario alguno e incluso correspondiendo a un perfil usuario que, de acuerdo con la normativa, debía quedar excluido de ingresar a estos recintos; y por la recepción de pacientes de comunas correspondientes a territorios ajenos a la jurisdicción del Servicio de Salud Metropolitano Norte o traídos por funcionarios policiales debido a ser detenidos a partir de los registros de cumplimiento de cuarentena con que contaban, en ocasiones desactualizados.

Además, la articulación para efectuar los traslados de usuarios a las residencias sanitarias tuvo dos momentos. En el primero, eran las comunas las encargadas de realizarlos, situación que cambia alrededor del mes de mayo de 2020, momento en que la SEREMI de Salud comienza a tener a su cargo la responsabilidad exclusiva de transportar a los usuarios contagiados hacia los recintos hoteleros.

Este cambio genera, además, otro movimiento en la articulación de la red de gestión: las comunas pasan, desde entonces, a comunicarse directamente con la SEREMI de Salud para realizar las solicitudes de cupos en las residencias sanitarias, sin mediación del Servicio de Salud que, en ese momento, pasa a cumplir la función de administrar directamente los dispositivos, debiendo mantener una contabilización de camas disponibles en tiempo real.

Las citas de los entrevistados que dan cuenta de los aspectos referidos a la coordinación con los diferentes niveles de la red se presentan en la tabla 25.

Tabla 25. Coordinación con otros niveles de la red de salud.

“Entonces era harta la pega que no estaba escrita en ninguna parte, no estaba establecida. La Orientación [Técnica] te decía: tiene que cumplir con ciertos criterios la habitación, tiene que cumplir con tanto respecto de la alimentación y el personal que debería estar ahí debería estar bajo ciertos criterios, pero esto otro, que era como de coordinación [entre niveles de la red], no estaba escrito en ninguna parte”. [Entrevistado 1]

“Cuando ya empezamos a hacer los traslados, cuando nos hicimos cargo nosotros de las residencias sanitarias como Servicio de Salud (...), no sólo recibíamos pacientes de nuestra zona, de estas 8 comunas, ni tampoco nuestros pacientes de nuestras comunas iban sólo a las residencias que teníamos nosotros, sino que (...) se coordinaba desde el MINSAL y, de acuerdo a los cupos que hubieran en residencia sanitaria, iban destinando a los pacientes”. [Entrevistado 4]

“Hubo casos -al menos a mí me tocó uno en particular- que venía por la SEREMI, pero como no venía con ningún antecedente, cuando ya estaba el interior del recinto, por el comportamiento del usuario, nos dimos cuenta de que él sí tenía un trastorno de uso de sustancias asociado”. [Entrevistado 5]

“Muchos de ellos estaban ya con sus cuarentenas cumplidas y por un tema más bien administrativo, de actualización de datos, no correspondería que lo llevaran a las residencias. Por lo tanto, ese paciente se sentía un poco molesto y quien recibía toda esta molestia era el personal que estaba en la residencia. Eso es uno. Lo otro era la gran cantidad de pacientes que llegaban en bus: eran 40 ó 50 personas”. [Entrevistado 4]

“Si bien, en una primera instancia, cada comuna se hacía cargo de los traslados de los pacientes, yo diría que a finales de mayo o principio de junio la SEREMI tuvo un rol más activo en el tema de residencias sanitarias y trasladaban a los pacientes ellos, en (...) buses a las residencias sanitarias (...) para cumplir cuarentena”. [Entrevistado 4]

“Cuando la SEREMI empieza, primero, con el tema de movilizar a los pacientes, las comunas pasan, directamente, a derivar a la SEREMI. Por lo tanto, en el Servicio [de Salud] no teníamos la noción de cuántos pacientes eran, solamente nos pedían el número de lo que podíamos recibir [en las residencias sanitarias], la cantidad de pacientes”. [Entrevistado 4]

“Esos pacientes habían estado, durante todo el día -porque como el bus iba retirando pacientes de sus domicilios- sin alimentación, con signos vitales no estables”. [Entrevistado 4]

En forma complementaria a lo anterior, los actores mencionan la relevancia que tuvo, para el funcionamiento de la red en condiciones críticas, las buenas relaciones previas que los agentes del Servicio de Salud, como gestores de red, han desarrollado con los equipos municipales del territorio y la colaboración entre Servicios de Salud.

“La coordinación con otros. Por ejemplo, llegaba un paciente de [la comuna] El Bosque y el paciente necesitaba alguna cosa, había coordinarse con ellos, pedir, con el Servicio de Salud [correspondiente], para que ellos se comunicaran con la comuna”. [Entrevistado 1]

“Una de las ventajas o que quizá uno (...) tomar como aprendizaje, también tiene que tiene que ver las buenas relaciones que se establecen desde el Servicio de Salud, porque la verdad es que no hubiera sido posible partir si es que no nos hubieran prestado, desde las distintas comunas, los insumos que se requerían para echar a andar las residencias (...). Tiene que ver con lo que se ha ido construyendo como Servicio y su red de atención”. [Entrevistado 3]

“Fue extremadamente complicado conseguir insumos para el control de los pacientes (...). En pandemia eso fue casi encontrar un tesoro: tener un termómetro, tener los insumos necesarios para el control de los pacientes [...] En algún momento tuvimos que pedir apoyo a otro Servicio [de Salud], en forma de préstamo,

para poder subsanar la urgencia que teníamos con la falta de insumos”.
[Entrevistado 4]

“En algunos casos, los niños no tenían pañales... toda esa coordinación, que era desde lo social, lo hacía el referente técnico, que igual era harta pega (...). Y como recibíamos pacientes no sólo de nuestro territorio (...), había que coordinar con los otros Servicios [de Salud] todos estos aspectos de fármacos y necesidades que pudiesen tener esos pacientes” **[Entrevistado 1]**

l. Afiliación de los usuarios a los diferentes sistemas de salud.

Otro asunto que añadió complejidad a la coordinación y que tampoco estaba contemplado en las orientaciones técnicas de los dispositivos, correspondió al hecho de que los pacientes presentaban afiliación a los diferentes sistemas de salud existentes en Chile y residían en territorios de jurisdicciones diversas, por cuanto las atenciones en dispositivos para atención de usuarios de sistemas privados o de Fuerzas Armadas no pueden ser activadas desde el sistema público y porque, cuando un usuario corresponde territorialmente a otro Servicio de Salud, el agravamiento de su estado enfrenta el problema de definir a qué centro de especialidad debe ser derivado, atendiendo a que las disposiciones sanitarias orientan a mantener al usuario hospitalizado cercano a su red familiar y comunitaria.

“Si tengo un paciente que no es del sistema de salud público y es del Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas o ISAPRE, ¿cómo activas a su red de prestadores, en caso de necesidad de derivación a un recinto hospitalario, porque el paciente se descompensó? Si el paciente se te descompensa y no es de tu propio Servicio de Salud, ¿a qué servicio de urgencia lo llevo? ¿Al que te queda más cerca o al que le corresponde territorialmente? (...) Igual tienes que poder facilitar algún grado de sentido de pertenencia y mirar esos aspectos **[Entrevistado 2]**

m. Trabajo de gestión de las residencias sanitarias en horario extralaboral.

Por otro lado, el diseño de la estrategia no contemplaba la actuación de profesionales gestores de los Servicios de Salud en horarios extralaboral. No obstante, cuando los usuarios eran derivados desde los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de las comunas, con diagnóstico de COVID-19, no podían retornar a sus hogares, de modo que eran trasladados directamente a las residencias sanitarias, ocurriendo ello en cualquier horario y requiriendo de los funcionarios del Servicio de Salud la realización de gestiones, fuera del horario laboral, para la derivación del caso a través del equipo encargado de la gestión centralizada de camas, de las residencias sanitarias, del MINSAL.

“El horario no era de 8:00 a 17:00 horas, como habíamos pensado. Los casos llegaban hasta en horas no laborales y había que estar atentos a los correos, derivar esos casos y algunos casos eran urgentes, porque los pacientes (...) eran diagnosticados positivos en los SAPU, en los SAR, y los pacientes no podían volver

a su domicilio. Por tanto, los teníamos que mover desde el SAPU hacia las residencias sanitarias, en los hoteles en ese momento”. [Entrevistado 4].

n. Problemas de coordinación entre subdirecciones y unidades del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Al momento de indicar el MINSAL la apertura de nuevas residencias sanitarias, el Servicio de Salud Metropolitano Norte debió coordinar acciones entre equipos dependientes de las diferentes subdirecciones. Un ejemplo fue, como ya se ha indicado, lo realizado entre los referentes técnicos de la Dirección de Atención Primaria y de Prevención de Riesgos, quienes apoyaron en la definición de espacios, riesgos asociados al funcionamiento y flujos de tránsito de personas. Del mismo modo, el proceso de reclutamiento y selección de personal requería del trabajo conjunto entre los equipos de la Subdirección de Gestión de las Personas y la Subdirección de Gestión Asistencial, todo lo que se desarrolló previamente a la apertura de las residencias sanitarias.

El proceso de reclutamiento y selección de personal requirió de la coordinación entre los equipos de la Subdirección de Gestión de las Personas y de la Subdirección de Gestión Asistencial. Así, el primero de ellos efectuó, durante un fin de semana, el llamado a personas que participarían del proceso de selección para formar parte de los equipos clínicos de las nuevas residencias sanitarias.

Los problemas de comunicación entre jefaturas, a nivel de las diferentes subdirecciones y equipos del Servicio de Salud Metropolitano Norte, generaron dificultades de coordinación que impactaron en la gestión de la estrategia llevada a cabo por la Subdirección de Gestión Asistencial. Especialmente afectadas se vieron la relación con los hoteles donde se emplazaron las residencias sanitarias, la agilidad de respuesta para la implementación y mantención de insumos en los dispositivos y el reclutamiento e inducción del recurso humano, en la medida que equipos como Jurídica, Finanzas, Abastecimiento y Recursos Humanos no priorizaban las acciones solicitadas con la premura esperada por el equipo a cargo de la estrategia.

La tabla 26 presenta las citas referidas a los problemas de coordinación entre las subdirecciones y unidades del Servicio de Salud en el contexto de la implementación de residencias sanitarias:

Tabla 26. Problemas de coordinación entre subdirecciones y unidades del Servicio de Salud.

<p><i>“La instalación pudo haber sido de mejor forma. Creo que hubo falencias importantes al respecto, en las jefaturas, de temas comunicacionales internos y que impactaron directamente en los hoteles. El tema de los contratos, por ejemplo, creo que fue un error garrafal: el no haber trabajado de forma conjunta entre Jurídica, Finanzas y la Dirección de Atención Primaria, porque no se generaron las acciones contractuales a tiempo”</i> [Entrevistado 5]</p>

<p><i>“Yo creo que más coordinación con otras unidades (...), porque muchas veces solicitábamos algunos insumos y nos decían que el recurso no era asignado o que el ítem no podía ser destinado para eso (...). No era una función de APS [del Servicio de Salud], era una función de Servicio de Salud [en su totalidad]. Por lo tanto, el poder trabajar mancomunadamente habría sido más exitoso. Quizá, no hubiéramos tenido tantas dificultades en los temas de</i></p>

recursos físicos, financieros, insumos, que fue lo que, en el día a día, costaba encontrar, costaba mantener”. **[Entrevistado 4]**

“Sentía que estaba trabajando, a veces, sola en el funcionamiento de residencia sanitaria (...) La poca involucración de otras unidades del Servicio [de Salud], especialmente financiero, y las trabas (...) en la compra y la búsqueda de insumos, yo creo que dificultó bastante el tema de una ejecución aún mejor”. **[Entrevistado 4]**

“Otras subdirecciones, como el tema del abastecimiento, de las compras, no respondían muy rápidamente. Nosotros pedíamos cosas urgentes y no había esa respuesta tan urgente, porque la normativa que existe es como más lenta. (...) Nosotros decíamos: pero traten de darle prioridad a esto, que es más importante (...). Te cuestionaban, porque mandábamos a las 5 de la tarde las solicitudes (...) cosas en las que no le puedo decir al MINSAL o la Fuerza Aérea, que el avión se demore (...). Eran temas así, que tienen que ver más con la burocracia administrativa”. **[Entrevistado 1]**

“En el caso de otra circunstancia similar -sea pandemia, sea terremoto, sea lo que sea (...), se tiene que generar, indudablemente, una coordinación conjunta para poder realizar acciones de forma idónea y adecuada, para poder dar respuesta en los tiempos también oportunos”. **[Entrevistado 5]**

“Del MINSAL te decían “mañana abra” y había que tener todo y había que comprar, en algunos casos, y no siempre la burocracia del sistema permite reaccionar rápido, como reaccionábamos nosotros. Ahí también hubo estrés y nos significaba discusiones con los otros departamentos para hacer las compras y que cuándo llegaban... era un tema” **[Entrevistado 1]**

“Recursos Humanos no hizo nada más (...) publicó el aviso, contactó a las personas y las derivó a presentarse a la residencia donde nosotros estábamos haciendo la implementación de la gestión de la atención [...] A nosotros se nos pidió que hiciéramos, después, el registro de la asistencia, todo lo que tiene que ver con la gestión propia de la administración de Recursos Humanos”. **[Entrevistado 3]**

“Si bien nosotros, en el tema de recurso humano, acudimos a Recursos Humanos de acá (...), porque nosotros también comenzamos a reclutar, pero como iban aumentando nuestras labores, se solicitó apoyo desde acá, de la APS y ellos, “cordialmente” (ríe), apoyaron y pudieron gestionar la contratación”. **[Entrevistado 4]**

“Se calculó (...) cuál era recurso humano tener; se hicieron las observaciones respecto de ese recurso humano; se reclutó, se contrató el recurso humano; se intentaron conseguir los equipamientos e insumos necesarios para el funcionamiento. O sea, ahí había un trabajo que te tomó un rato entre dar las indicaciones [de parte de MINSAL] y que tú abres [las residencias sanitarias]”. **[Entrevistado 2]**

“Me invitaron a participar un martes (...). El día miércoles, jueves, estábamos pidiendo la contratación del recurso humano, que era un número altísimo, yo creo que... no me acuerdo a cuánta gente entrevistamos, no sé, pero habrán sido 200 personas o más. Alrededor de eso. Puede haber sido más, ahora no me acuerdo. Pero... entonces, ese fin de semana se reclutaba a la gente telefónicamente, desde recursos humanos. Todo ese fin de semana se reclutó a la gente” **[Entrevistado 3]**.

“Hubo muchas cosas que generaron retraso desde lo administrativo contractual a nivel Servicio [de Salud], que impactaron en los hoteles y también en los equipos, respecto de los pagos, de los sueldos, que era todo sobre la marcha. Entonces hubo que hacer los contratos, ir a firmar, entre turnos, los chicos para que tuvieran sus contratos firmados, que no hubo tampoco la posibilidad de poder informar, de mejor forma, cuáles eran esas condiciones contractuales. Sobre la marcha no dio el tiempo. Con todo a la vez, era imposible poder hacer todo bien” [Entrevistado 5]

“Si bien, en un inicio, la orientación que se bajó es que todos los convenios los hacía el MINSAL, en algún momento llegó la información que los convenios se hacían desde el Servicio de Salud. Y siento que ahí (...) lo que veníamos trabajando se altera. Si bien ya estaba, con nosotros, trabajando Recursos Humanos en la formación de estas residencias, creo que faltó esta patita del tema Financiero, que nunca se acopló a este trabajo que estábamos realizando”. [Entrevistado 4]

“Había que estar informando quién asistió, quién no, registrar las asistencias y eso, en paralelo, con las otras demandas, tanto de lo clínico como de las derivaciones”. [Entrevistado 5]

ñ. Falta de oportunidad en la entrega de recursos necesarios para implementar las residencias sanitarias.

Uno de los principales aspectos que añadieron complejidad al desarrollo de la estrategia y que no estuvo contemplado en el diseño, fue no contar a tiempo con los recursos necesarios para poner en operación las residencias sanitarias, debiendo incluso, los propios funcionarios del Servicio de Salud, disponer de recursos personales para poner en funcionamiento los dispositivos.

Lo anterior implicó, además, pagar en forma retroactiva a los prestadores privados, con todos los problemas administrativos que implica para el sistema público y económicos, para el privado.

“El Ministerio [de Salud] siempre dijo: los recursos van a estar: hagan. Y es que, además, se te estaba muriendo la gente, se te iban disparando las tasas de contagio y había que reaccionar de alguna manera (...) como todo seguía creciendo, nos decían: háganlo. Y con eso empezamos a funcionar. Se pagó retroactivo, se hicieron los procesos contractuales retroactivos, pero había que funcionar: entre que se te murieran [los pacientes] y que hicieras algo, era mejor hacer algo”. [Entrevistado 1]

“Hay ciertas cosas que, si no se pueden cumplir o no hay los recursos (...) no se pueden implementar. Si no están los recursos, si no está la normativa o los contratos que hay que firmar, indudablemente se está incumpliendo, en cierta forma, lo que la ley también exige a los Servicios Públicos. Uno puede tener la voluntad, pero hay un tema legal que tiene que ver con que hay que velar por el cumplimiento, así que eso es, indudablemente, que todo tiene que ir a la par. No puede ir una cosa primer y otra después”. [Entrevistado 5]

“En algunos momentos, era bien crítico. Cada profesional o coordinador echaba mano a sus recursos propios para poder cumplir. Más de alguna vez lo hicimos”.
[Entrevistado 4]

“Los problemas se nos produjeron después, cuando hubo que pagar, porque (...) nos asignaron tarde los recursos, no podíamos hacer los convenios... y que primero era por un monto y después era por otro, y se nos produjo todo un problema para [efectuar] el pago [...] El Estado es súper burocrático, entonces había que hacer un montón de papeles, un montón de temas para poder pagar de forma retroactiva”.
[Entrevistado 1]

o. Designación de hoteles donde emplazar las residencias sanitarias.

Otro aspecto implementación que no había sido considerado en las Orientaciones Técnicas, pero que incidió en la implementación de las residencias sanitarias, fue que los hoteles donde se emplazarían éstas, fueron designados directamente desde el MINSAL, teniendo que abastecerlos, el Servicio de Salud, de equipamiento, insumos y recurso humano, a partir de lo que la gestión de los procesos y la atención de usuarios quedaba a su cargo.

“Nos fueron designados, desde MINSAL, los espacios. Esos espacios eran hoteles y había que habilitarlos con el equipamiento que necesitábamos; los insumos y había que comprar; hubo que capacitar gente; hubo que seleccionar gente para que estuviera en esos procesos; controlar [pacientes], una vez que estuvieran ahí, entonces igual hubo harta pega”. **[Entrevistado 1]**

“El Ministerio [estableció donde se emplazarían las residencias sanitarias], no nosotros. Se te entregan indicadas”. **[Entrevistado 2]**

“Eso [de los hoteles que se utilizarían para las residencias sanitarias] no se definió desde el Servicio [de Salud]. Eso fue indicado desde el MINSAL”. **[Entrevistado 5]**

“Llegó un correo electrónico definiendo cuáles serían esas otras residencias [sanitarias] a cargo del Servicio de Salud Metropolitano Norte, que fueron el Hotel Radisson y Hotel Capital (...). Fue MINSAL quien definió siempre los hoteles que estaban a cargo del Servicio [de Salud]. Nosotros no teníamos ninguna injerencia: venían designados”. **[Entrevistado 4]**

p. Falta de apoyo y reconocimiento institucional.

Los problemas de coordinación al interior del Servicio de Salud tuvieron eco en una falta de apoyo, reconocimiento e interés por la salud de los funcionarios que hicieron posible el desarrollo de la estrategia, puesto que, si bien se contó con el permanente apoyo de pares, no existieron espacios de acompañamiento y contención, institucionalmente establecidos, orientados al cuidado de los funcionarios.

"El reconocimiento forma gran parte en la ejecución de algún proyecto específico o de una iniciativa. Nadie de nosotros conocía y sabía el trabajo en pandemia. Sin embargo, siento que, de la institución, faltó el reconocimiento. Siento que faltó el apoyo, porque el apoyo lo recibí de mis compañeros, no lo recibí a nivel institucional [...] Un apoyo laboral, un apoyo en compañía, un apoyo en contención, un apoyo en retroalimentar lo que estamos viviendo (...). Era re importante el tema de la contención en esta época (...). Y con reconocimiento no me refiero a lo económico: me refiero al reconocimiento del trabajo, al reconocimiento en el tema de salud mental, una serie de factores que, considero, no estuvieron en el momento". [Entrevistado 4]

q. Traspaso de la administración de las residencias sanitarias del Servicio de Salud Metropolitano Norte a la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana.

Por último, el traspaso de la administración de las residencias sanitarias desde el Servicio de Salud Metropolitano Norte a la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana ocurre, en la práctica, el día 3 de julio de 2020, habiendo sido previamente solicitado en calidad de urgente por el MINSAL. Para ese efecto, se carecía de documentos que permitieran formalizar el traspaso, de modo que el propio Servicio de Salud diseña un acta mediante la que se traspasaban, a la SEREMI de Salud y en comodato, los insumos y otros elementos de uso diario en la atención de usuarios.

La urgencia con que se solicitó el traspaso, desde el MINSAL, implicó que los funcionarios de la SEREMI de Salud debieron asumir la administración de los recintos de forma inesperada, presentando desorganización y falta de información acerca de las condiciones de tales traspasos y las responsabilidades que se asumían en el acto, situación que tuvo expresión en las consultas asociadas a la gestión de las residencias sanitarias que realizaron, posteriormente, desde el propio MINSAL o la SEREMI de Salud, a los profesionales gestores del Servicio de Salud Metropolitano Norte cuando éstos ya habían dejado de cumplir funciones de administración de los dispositivos.

Con igual sorpresa recibieron la noticia los equipos clínicos contratados para la atención directa de usuarios de las residencias sanitarias, por cuanto perdieron una referencia directa a la que recurrir para solucionar problemas de gestión y abastecimiento de los dispositivos, así como para la gestión y activación de las redes sanitarias, viéndose, a partir de ese momento, restringidos de recursos, especialmente de insumos clínicos para la atención de usuarios.

Por otro lado, las consultas que surgían en los equipos clínicos relacionadas con salarios, contratos, jefaturas, funcionamiento del recinto, insumos, etc., ante la falta de información con que se encontraron a partir del cambio de administración, comenzaron a dirigirse al personal contratado para efectuar labores de coordinación y supervisión clínica o administrativa, quienes, al igual que los equipos clínicos, carecían de acceso a la información.

El traspaso administrativo de la estrategia responde al rol que debía jugar, desde un comienzo, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, a través de los Servicios de Salud, particularmente en cuanto a activación y articulación de la red de salud, siendo el proceso de aislamiento una acción más propia de la Subsecretaría de Salud Pública, que se realizaría, a partir de entonces, a través de las

acciones de las SEREMI de Salud, ahora completamente a cargo de la estrategia nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento.

Junto con lo anterior, el traspaso de la administración de las residencias sanitarias a la SEREMI de Salud disminuyó la carga de trabajo y responsabilidad asociada a la estrategia en los referentes técnicos del Servicio de Salud, quienes reconvierten sus funciones en el rol de gestores de la red, activación y coordinación de acciones frente a los problemas existentes y emergentes en el curso de la estrategia.

La tabla 27 presenta las citas relacionadas con el traspaso administrativo de las residencias sanitarias desde el Servicio de Salud Metropolitano Norte a la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana.

Tabla 27. Traspaso de la administración de las residencias sanitarias del Servicio de Salud Metropolitano Norte a la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana.

“Como Servicio [de Salud] acordamos una forma de traspaso, que era un acta con los insumos y además, como a nosotros nos costó tanto el tema de los insumos médicos, les dejábamos, en comodato, ciertas cosas que eran de uso diario para los pacientes. Ellos se hacían cargo, de un día para otro [de las residencias sanitarias], por lo tanto, no contaban con esto”. [Entrevistado 4]

“El traspaso se establece desde que el rol efectivo que pudo haber tenido la Subsecretaria de Redes Asistenciales, a través de los Servicios de Salud, en la implementación, no fue el más adecuado. Es que redes, obviamente, debe tener, más bien, un rol de activación de la red [de salud] más que de un proceso de aislamiento, puesto que eso corresponde a la Autoridad Sanitaria”. [Entrevistado 2]

“Ese proceso fue bastante (...) desinteresado, entiendo yo, desde la SEREMI. Fue un cambio muy poco preparado. Ellos asumían que, en la residencia [sanitaria], había un encargado y ese encargado iba a ser traspasado también a la SEREMI, lo cual no fue así, porque habíamos personal en Comisión de Servicio para la residencia y cuando llega la persona a la que uno le entregaba toda esta información, era alguien que llegaba y se iba. Tuve que informarle que, si ella se iba, el turno iba a quedar solo. Por tanto, era súper importante que tuvieran su contacto, porque si había que coordinar una urgencia, había que hacerlo con ella. Ahí como que la chica que había llegado dijo: ‘Ah, tenía entendido otra cosa’. Fue poco al lote”. [Entrevistado 5]

“El recurso humano, que nosotros habíamos contratado, pasaba a ser recurso humano de la SEREMI. No baja claramente la información para el personal, que también se sintió un poco descolocado con este cambio (...). Yo creo que fue un poco apresurado (...): no prepararon a los equipos, que eran los que estaban a cargo de los pacientes; no tenían los recursos físicos; no tenían los recursos financieros; no tenían los recursos clínicos para poder realizarlo (...) tenemos que recordar que nosotros estábamos trabajando para los pacientes y, en ese contexto, creo que fue apresurado el cambio. Fue urgente, rápido. Desde el Nivel Central también se solicitó que fuera así”. [Entrevistado 4]

“Llega la SEREMI sin información clara para nadie: desde los sueldos, desde los contratos (...), una jefatura directa a quien preguntarle el tema de insumos... por lo tanto, fue como un quiebre (...) de trabajar con un grupo de personas que trabajaba de manera muy

ordenada a trabajar con un grupo de personas de que trabajaban de forma muy desordenada y sin capacidad de tomar decisiones de acuerdo con criterios clínicos”. [Entrevistado 6]

“Cuando ya se había entregado la residencia, seguían preguntando los cupos, las habitaciones, cuántas ocupaban las mujeres... a la SEREMI hubo que decirle que nosotros ya no estábamos a cargo, que estaban a cargo ellos mismos, por tanto, tenían que coordinarse internamente (...). Así que no fue lo óptimo, pero al menos, lo que se entregó fue un lugar que ya estaba en funcionamiento, con un orden, que obviamente se podía ir mejorando, pero que, al menos la puesta en marcha ya estaba. Estaba el equipo clínico, todo funcionando (...) donde podían seguir dándole continuidad a la atención”. [Entrevistado 5]

“No había información clara, no llegó una jefatura directa a controlar la residencia sanitaria. Por ejemplo: quiénes estaban a cargo de los insumos, de los medicamentos, si faltaba algo, trasladar a alguien (...). Al final era un desorden. Además (...), SEREMI no daba respuesta a nada de los que los trabajadores consultaban. Con el Servicio de Salud nunca tuvimos esos problemas”. [Entrevistado 6]

“En lo práctico, obviamente, te disminuye un montón el volumen de carga y de tensión en los equipos, porque traspasas esta responsabilidad, del día a día, a otro. Te sigues quedando, obviamente, con el apoyo que tú le das desde la coordinación de la red, en las necesidades que se van dando (...), hay que activar ciertas prestaciones que no tiene, obviamente, este equipo de la Autoridad Sanitaria, pero no tienes la presión de la operativa diaria”. [Entrevistado 2]

2.4. Aspectos del funcionamiento de la estrategia no contemplados en el diseño, dependientes de la capacidad de agencia del referente técnico responsable de la residencia sanitaria.

a. Condiciones de la implementación y funcionamiento de las residencias sanitarias.

Entre los problemas enfrentados al momento de implementar las residencias sanitarias se considera la falta de tiempo con que se contó para poner en funcionamiento estos dispositivos que estaban destinados al aislamiento social y la atención directa de personas, sin contar con las condiciones para atender pacientes con enfermedades respiratorias agudas.

El agravamiento del estado de salud de los usuarios y el colapso de los servicios de urgencia y de traslado de pacientes, durante los momentos críticos de la pandemia, dificultaba la vinculación del paciente entre el nivel de las residencias sanitarias y el de atención de urgencia del nivel de especialidad, lo que obligó a efectuar procedimientos más avanzados de enfermería para mantener a los usuarios con vida, aun cuando las residencias sanitarias no estaban diseñadas para efectuar ese tipo de prestaciones.

Las condiciones de funcionamiento de las residencias sanitarias obligaban a los equipos clínicos y a los encargados de las residencias sanitarias a permanecer abocados a resolver situaciones urgentes y a mantener las condiciones de funcionamiento de las residencias sanitarias, gestionar la red para mantener con vida a los usuarios y hacer más comfortable su estadía, al tiempo que mantenerse

actualizados acerca de la evidencia científica emergente y cambiante para implementar las mejores prácticas disponibles, reorganizar los procesos clínicos e implementar nuevas directrices.

El diseño de estos recintos los consideraba espacios residenciales de mantención de personas aisladas, no dispositivos clínicos con capacidad resolutoria para problemas de mayor complejidad, por lo que las acciones clínicas fundamentales fueron las medidas preventivas, fundamentalmente el control permanente de signos vitales para garantizar que los usuarios no se encontraban en condición de gravedad al ingreso al recinto o presentaban condiciones de emergencia durante su estadía.

La tabla 28 presenta las citas relacionadas con las consideraciones que debieron tenerse en cuenta durante el funcionamiento de las residencias sanitarias.

Tabla 28. Condiciones de implementación y funcionamiento de las residencias sanitarias

“Claramente, a nosotros nos faltó mucho tiempo para poder haber preparado una estrategia de implementación un poco más madura respecto de lo que se hizo”. [Entrevistado 3]

“Nosotros, como Servicio [de Salud], no teníamos las condiciones para recibir este tipo de pacientes, recordando que [el objetivo de las residencias sanitarias solo] era cumplir cuarentena. No éramos un establecimiento hospitalario, por lo tanto, no estaban las condiciones para recibir pacientes tan críticos. Por eso era importante, al ingreso, hacer todo este control de signos vitales y corroborar que el paciente tuviera las condiciones para estar, los 14 días que era [la indicación de la Autoridad Sanitaria] en ese momento, dentro de la habitación sin poder salir”. [Entrevistado 4]

“Los pacientes se iban agravando, los enfermeros siempre nos solicitaban mayor cantidad de insumos, porque además de que los pacientes se iban agravando, estaban colapsadas las urgencias, estaban colapsados los hospitales, por lo tanto, era una forma de mantener al paciente con lo que teníamos. No había posibilidad de tener tratamientos más avanzados de enfermería, por el diseño de los dispositivos, sin embargo, en algunos casos se tuvieron que hacer mientras llegaba el SAPU a retirar a los pacientes”. [Entrevistado 4]

“Estábamos abocados a lo urgente, al funcionamiento específico del día a día de las residencias (...). Las urgencias eran a diario, las urgencias eran de los pacientes, las urgencias eran reclamos, las urgencias eran faltas de insumos. Por lo tanto, nuestras funciones eran en relación con eso: de mantener las condiciones de la residencia, de que no fallecieran los pacientes, que tuvieran la mejor estadía o controles durante su período”. [Entrevistado 4]

“Todo fue readecuado, todo fue reorganizado según lo que íbamos viendo que resultaba, que no resultaba, y la evidencia que también se iba levantando día a día, porque estábamos en una pandemia que constantemente iba entregando como nuevas evidencias, nuevos conocimientos, cambios de directrices, de definición (...) entonces fue un constante ir modificando lo reinstalado”. [Entrevistado 3]

b. Generación de Protocolos

La falta de orientaciones de parte del MINSAL, la ausencia de definiciones claras, establecidas a nivel de protocolos y estándares para el uso de insumos, elementos de protección personal y acciones de cuidado de pacientes, más allá de indicaciones generales de procedimiento, resultaron aspectos constantemente observados durante el funcionamiento de las residencias sanitarias, debiendo resolverlo referentes técnicos del Servicios de Salud, de acuerdo con diseños locales improvisados.

La premura temporal con que debieron ponerse en operación los dispositivos incidió en que los protocolos no alcanzaran a ser presentados en un documento, por lo que debieron ser diseñados mientras cursaba la operación de las nuevas residencias sanitarias implementadas en los hoteles Capital y Radisson. El no contar con aquella documentación desde un inicio implicó que se produjeran contagios en el primer turno de los equipos clínicos y en el personal del hotel, debido al uso de espacios y el modo en que se desarrolló la alimentación.

Los protocolos contemplaban tanto las acciones de atención directa de usuarios como el uso correcto de elementos de protección personal y el lugar y forma de eliminación de éstos; la distribución de espacios, diferenciando las áreas para dejar objetos contaminados de aquellos desinfectados y el lugar y modo de desinfección; el uso de espacios de tránsito, de acuerdo con los flujos definidos y su demarcación, diferenciando los del personal clínico, del hotel y de los pacientes; la distribución de los lugares y modo de ocupación de las estaciones de enfermería en cada piso; el modo de proceder en los espacios destinados para la alimentación; las acciones a realizar durante el ingreso y egreso de usuarios del recinto; el modo en que se debía efectuar la limpieza de las que habían sido ocupadas; y la limpieza de los espacios de trabajo y las habitaciones utilizadas por los equipos clínicos.

Los procesos y protocolos desarrollados en las residencias sanitarias bajo la administración del Servicio de Salud Metropolitano Norte resultaron ajustados a las exigencias normativas que, posteriormente, dispuso la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana al momento de comenzar con la administración de los recintos, de modo que no se produjeron grandes modificaciones.

La tabla 29 expone las citas de entrevistados referidas a la generación de protocolos.

Tabla 29. Generación de protocolos.

“Eso hubiera sido lo ideal, que la bajada hubiera sido más que el mandato, sino como desde el protocolo, desde el protocolo de atención, el estándar de turno, etc., etc., pero, en realidad, todo eso fue un diseño local improvisado” [Entrevistado 3]

“Era un tanto complejo poder instalar protocolos desde un principio, que hubiera sido lo ideal (...). Entonces, hubo que diseñar una base muy básica para poder hacer la puesta en marcha inicial y después de eso, ir ajustando los procesos clínicos, el uso también seguro de las EPP (...), pedir al hotel que acondicionara ciertos espacios, tanto para alimentación como para el trabajo administrativo de los equipos clínicos... y en los pisos también: como había varios pisos, había que adaptar el espacio para el momento en que llegaban los insumos clínicos y poder hacer los controles clínicos”. [Entrevistado 5]

“[Los protocolos definían] cómo iba a funcionar el ingreso y salida de pacientes del hotel; como iba a ser la limpieza de la habitación, una vez que el paciente se retiraba del hotel; cómo iba a ser -y cada cuánto- la limpieza de los mismos lugares donde nosotros trabajábamos; cómo iba a ser la limpieza de la habitación donde dormían los profesionales. Ese tipo de cosas”. [Entrevistado 6]

“La idea era cuidar a nuestro personal. Fueron muy pocos los contagios entre los funcionarios. Tenían normado el descanso, cómo debía ser, en qué situaciones. No debían estar en situaciones sin mascarilla. Por ejemplo, la alimentación debía ser manteniendo la distancia, estaban demarcados los lugares, estábamos bien preocupados de eso”. [Entrevistado 4]

“Yo creo que la base está en seguir los protocolos. El problema fue que tuvimos que ir diseñándolos en el camino, porque no existía nada (...). Fue importante, porque, al final, hizo que se previniera que hubiese tantos contagios entre los mismos profesionales (...), [pero] en el equipo de la gerencia [del hotel] (...) no respetaban el metro de distancia, el tema de almorzar juntos y no estar con la mascarilla... ese tipo de cosas que producen, al final, el tema del contagio del COVID”. [Entrevistado 6]

“Se hizo un protocolo básico del uso de la EPP y de cómo se tenía que hacer un control en piso y cómo y en dónde eliminar esa EPP, cómo usar las superficies que están ahí mismo, en los pisos, destinadas como área sucia y área limpia. Hubo que ir supervisando, porque, a veces, a los chiquillos se les olvidaba, por el apuro de tener que sacar EPP y después volverse a poner... (...) que no mal utilizaran o no nos faltaran EPP”. [Entrevistado 5]

“Nosotros fuimos generando los protocolos, como te dije, desde el primer día (...) y después, cuando llegó SEREMI, se bajaron protocolos de parte de SEREMI, pero fue muy tardía y prácticamente era tal como nosotros estábamos funcionando. Y ya nosotros los habíamos hecho, entonces no había nada más que implementar (...). Los protocolos ya estaban y funcionaban cuando ellos nos bajaron los protocolos”. [Entrevistado 6]

c. Gestión y priorización de casos para ingreso a las residencias sanitarias

Al comienzo de la estrategia de residencias sanitarias, el Servicio de Salud Metropolitano Norte forma parte de la articulación de la red de salud, teniendo como tarea específica solicitar, a las comunas de su territorio que elevaban la solicitud de aislamiento de personas, los documentos que el MINSAL había definido como necesarios para dar curso a la gestión y priorización de casos para el ingreso de usuarios a estos dispositivos.

Para desarrollar el proceso, el referente técnico del Servicio de Salud tenía a cargo la tarea de recibir la información relacionada con la confirmación diagnóstica de COVID positivo; la certificación social municipal de que el usuario no podía cumplir la cuarentena en su domicilio, dadas sus condiciones socio-habitacionales; y los antecedentes médicos relevantes para el cuidado en contexto de aislamiento social para, luego, hacerlas llegar al MINSAL y solicitar los cupos correspondientes para ingreso de los usuarios a las residencias sanitarias.

La priorización de los casos para ingreso a las residencias sanitarias era efectuada desde el Nivel Central, donde los encargados de la DIVAP indicaban qué usuario debía ser trasladado y a qué

residencia sanitaria. Consideraban, además, los traslados obligatorios ordenados, por la SEREMI de Salud, a partir de los testeos y controles realizados en la vía pública.

A continuación, la tabla 30 presenta las citas de los entrevistados referidas al proceso de gestión y priorización de los casos para las residencias sanitarias.

Tabla 30. Gestión y priorización de casos.

“Certificaba la comuna o el establecimiento que derivaba. Mandaban los documentos que certificaban que el paciente era COVID positivo; [segundo] una certificación social [de] que el paciente no podía cumplir la cuarentena en su domicilio (...) y además, pedíamos un certificado que nos dijera, más bien, diagnósticos asociados al paciente, para (...) evaluar cómo poder proceder”. [Entrevistado 4]

“La coordinación la hacía el referente técnico (...) entre las comunas y el Ministerio. Y de regreso [el flujo de la información] era igual: del Ministerio al referente técnico y del referente técnico a las comunas”. [Entrevistado 1]

“No teníamos ninguna incidencia nosotros -y nunca la tuvimos- sobre los pacientes que llegaban a la residencia sanitaria, sino que estas plataformas, estas gestoras de cama del MINSAL, eran las que destinaban los pacientes a las diferentes residencias sanitarias de toda la Región Metropolitana”. [Entrevistado 4]

“Esa priorización [de los casos que ingresarían a las residencias sanitarias] era [efectuado] desde el MINSAL. y ahí, nosotros, no participábamos [...]. Esta priorización y estas indicaciones, de quién debía y quién no debía ingresar, estaban dadas desde el Ministerio. Ellos (...) daban las indicaciones”. [Entrevistado 5]

“La SEREMI es un tema aparte [...] Ellos sólo enviaban, desde los testeos que ellos hacían (...), si encontraban a una persona (...) que tenía COVID y andaba en la calle, la pescaban y la llevaban a la residencia., pero esta priorización y estas indicaciones, de quién debía y quién no debía ingresar, estaban dadas desde el Ministerio. Ellos eran los que, más bien, hacían esa priorización y daban las indicaciones”. [Entrevistado 5]

“En el caso de [Región] Metropolitana había una unidad, en la DIVAP que, en el fondo, seleccionaba a los pacientes, porque la demanda era mayor que la disponibilidad que teníamos. Entonces, se seleccionaba a los pacientes que podían ingresar. Ahí el Servicio [de Salud] presentaba las propuestas al Ministerio, a DIVAP, para que definiera dónde podía ir el paciente que se estaba presentando”. [Entrevistado 1]

d. Traslado, ingreso y egreso de usuarios.

Al inicio, los ingresos de usuarios a las residencias sanitarias se realizaron sin la existencia de protocolos de ingreso y atención, llevándose a cabo de acuerdo con lo que los profesionales tomadores de decisión, en el dispositivo, consideraban pertinente. Sin embargo, comprenderse luego que se trataba de un ingreso similar al de un recinto hospitalario, se implementaron acciones específicas a ser desarrolladas como el llenado de hojas de evolución y fichas clínicas, registros

estadísticos y de alimentación de los usuarios, las que fueron complementadas, posteriormente, con una lógica de atención y prevención de transmisión de enfermedades propia de la labor de enfermería.

De acuerdo con lo señalado, se comenzó a requerir, para el ingreso de usuarios, antecedentes médicos y su condición de COVID positivo o contacto estrecho, puesto que se efectuaban controles a los usuarios según un esquema de probabilidad de contagio creciente, es decir, de aquellos con menor probabilidad de contagio a aquellos que se encuentran con contagio confirmado.

Al respecto, de particular importancia resultó el hecho de que los traslados que realizaba la SEREMI se efectuaban en vehículos que, durante largas horas, recogían a los pacientes en sus hogares para dirigirlos a las residencias sanitarias. Así, la cantidad de horas que pasaban en un mismo espacio cerrado estas personas hacían que la diferenciación entre su condición de contacto estrecho o de COVID positivo careciera de sentido, pues la posibilidad de contagio, a través de ese procedimiento, aumentaba considerablemente.

Además, se protocolizaron los procedimientos para efectuar los ingresos de los usuarios, que incluían evaluación de la temperatura corporal y signos vitales, así como definir las habitaciones en que cada persona o grupo familiar quedaría ubicado, acciones que requerían disponer de grandes cantidades de tiempo con un escaso recurso humano.

El proceso de ingreso de usuarios enfrentó la falta de información respecto de aquellos usuarios que eran obligados a trasladarse a las residencias sanitarias por parte de la SEREMI de Salud, acción que no contemplaba la verificación de antecedentes clínicos, siendo recibidos en los dispositivos únicamente con conocimiento sobre la condición de COVID positivo o contacto estrecho, al tiempo que se recibían en grandes grupos de personas.

Otras situaciones resueltas por el encargado de cada residencia sanitaria dicen relación con el ingreso clínico de grandes cantidades de personas trasladadas en los buses dispuestos por la SEREMI de Salud, cuyo listado previamente recibido usualmente no coincidía con las personas recepcionadas, lo que exigía reorganizar, en el momento, la distribución de habitaciones planificada o ampliar la cantidad de habitaciones disponibles.

Junto con lo anterior, las residencias sanitarias recibían, las más de las veces, usuarios con características de riesgo y que habían sido trasladados en buses cerrados durante varias horas, junto con otros usuarios con diagnóstico de COVID confirmado. Así, al arribo a los dispositivos debían considerar como potenciales contagiados, dada la cantidad de tiempo compartiendo el mismo espacio las personas contagiadas y aquellas definidas previamente como contacto estrecho.

El arribo de usuarios en condiciones de riesgo llevó, al director técnico de uno de los dispositivos, a desacatar la orden superior de la SEREMI de Salud, que exigía su ingreso, pese a no contarse en las residencias sanitarias con las condiciones para el tratamiento de usuarios en tales condiciones de salud.

A continuación, la tabla 31 presenta las citas aportadas por los entrevistados en relación con los procesos de traslado e ingreso de usuarios.

Tabla 31. Traslado e ingreso de usuarios a las residencias sanitarias.

“Así partimos, sin saber mucho... Los primeros ingresos (...) los hicimos como nosotros entendimos, pero (...) ya después teníamos hojas de evolución, fichas clínicas, registros y todo. Incluso se registraba la alimentación que se le daba al paciente en esa residencia [sanitaria], pero eso fue de acuerdo a lo que se nos ocurrió, recuerdo. Debe haber pasado una semana, dos a lo mejor, sin habernos puesto de acuerdo con eso”. [Entrevistado 1]

“La idea era que (...) nos enviaran qué tipo de pacientes iba a llegar. Por ejemplo, si eran positivos, porque eso (...) nos ayudaba a organizar como íbamos a controlar a esos pacientes, porque (...) la lógica es ir de menos a más en términos de probabilidad de que tengan el virus los pacientes(...). En enfermería se dice: de lo más limpio a lo más sucio. En este caso será de posibles contagios o que no estaban contagiados a los que están contagiados”. [Entrevistado 6]

“Faltó un orden (...), porque estaba la SEREMI y por otro lado, MINSAL derivando los casos que se evidenciaban desde la red, pero [de] los que venían derivados desde la SEREMI no teníamos ningún antecedente, entonces llegaban en un listado, con una nómina que decía COVID o contacto estrecho y nada más. Esa era toda la información”. [Entrevistado 5].

“Los pacientes eran trasladados por la SEREMI, todos en el mismo furgón: no hacían diferencia entre un paciente COVID positivo, un contacto estrecho y uno negativo. [Por eso] ya no tenía mucho sentido hacer divisiones entre pacientes por contacto estrecho o COVID positivo [en la residencia sanitaria]. Había pacientes que los tenían todo el día arriba del furgón, abuelitos que los habían recogido a las 10:00 de la mañana y los venían a dejar a las 6:00 de la tarde. A esa altura, todos los pacientes eran potenciales positivos”. [Entrevistado 6]

Muchas veces, esos pacientes: 1) o no llegaban y muchas veces nosotros teníamos la habitación bloqueada para pudieran llegar a hacer su cuarentena; 2) llegaban muchos pacientes que no estaban en el listado, pero, como llegaban con la SEREMI, teníamos que recibirlos; 3) llegaban pacientes que no correspondía que estuvieran en residencia sanitaria, por la gravedad de su cuadro en el momento (...) y que SEREMI nos obligaba. Y nosotros (...) no teníamos las condiciones para recibir este tipo de pacientes”. [Entrevistado 4]

“Para entrar pacientes había que cumplir con un protocolo: de tomar la temperatura, signos vitales, básicamente, para ver como venía este paciente. Además, tener información no era rápido y los recursos humanos que teníamos eran críticos, por lo tanto, tampoco podía ser tan rápido”. [Entrevistado 4]

“Al usuario lo habían ido a buscar a su casa, pero no venía con su PCR o no sabía quién era su contacto estrecho, pero a él le dijeron que tenía que irse a una residencia a hacer su período de cuarentena. Entonces, eso complicaba, además, el ingreso. Nosotros, por ser SEREMI la Autoridad Sanitaria, no podíamos cuestionar, nos obligaban a recibirlo igual, pero no teníamos cómo evidenciar las situaciones y había que estar, a través de la familia, consiguiendo la información y, en algunos casos, simplemente no llegó esa información”. [Entrevistado 5]

“La mayor dificultad fue cuando ingresaban grupos muy grandes de personas, ya que en el hotel había sólo 3 ascensores. Por lo tanto, se usaba un ascensor destinado sólo a pacientes y el otro era utilizado sólo por los profesionales de salud y el otro, por funcionarios del hotel. Entonces, el proceso de ingreso se volvía lento, por ende se enlentecían todos los procesos internos de ingreso a la residencia (...), porque eso implicaba bloquear el pasillo para el

ingreso, para que no hubiese cruce de personas [sanas y enfermas] y evitar el contagio”.
[Entrevistado 6]

“La instrucción del director técnico [de la residencia sanitaria] fue siempre que se ingresara a todas las personas, a menos que tuvieran una condición de salud que impedía recibirlos, por tener criterios de urgencia. Y eso llevó, incluso, a que se peleara con SEREMI.”
[Entrevistado 6]

e. Derivación a Servicio de Urgencias

Las derivaciones a los servicios de urgencia respondían a las situaciones que sobrepasan la capacidad de respuesta existente en el dispositivo, lo que responde al criterio del médico que evaluase, en forma presencial o remota, la condición de un usuario o los signos vitales que presentase éste al arribo a la residencia sanitaria.

Debido a que comenzaron a llegar usuarios en condición de gravedad, se decidió instalar un *triage* en la entrada del recinto, de modo que el personal de enfermería evaluase las condiciones clínicas de las personas que llegaban a la residencia sanitaria, definiendo la necesidad de derivación de aquellas personas en condición de riesgo vital, a través del propio personal que trasladaba a los usuarios, al recinto asistencial de especialidad.

En el caso de los usuarios que se descompensaban mientras se encontraban en su periodo de cuarentena en la residencia sanitaria, la dificultad se encontraba dada por la espera del servicio de traslado, cuyo tiempo promedio era de tres horas, debiendo el equipo clínico, en el intertanto, mantener al usuario en las mejores condiciones posibles, evitando que cayera en estado crítico. Para agilizar dicho proceso, debía recurrirse al equipo gestor de camas del Nivel Central, a fin de que otorgaran la urgencia necesaria al traslado solicitado.

En dichas condiciones, el rol que desempeñaron los estudiantes y profesionales de kinesiología resultó fundamental, por cuanto contaban con recursos técnicos para hacer que las personas, en condiciones de gravedad, pudieran recuperarse o mantener una condición adecuada mientras se esperaba el traslado al servicio de urgencia.

La tabla 32 presenta las citas de los entrevistados que dan cuenta de las condiciones en que se realizaban las derivaciones de usuarios desde las residencias sanitarias a servicios de urgencia.

Tabla 32. Derivación a servicios de urgencias.

“[Un usuario era derivado a un servicio de urgencia] cuando los requerimientos clínicos del usuario sobrepasan tu capacidad de respuesta local... es un criterio clínico médico”.
[Entrevistado 2].

“Como empezamos a recibir a pacientes muy descompensados, que no tenían criterio de ingreso a residencia, ahí instalamos un pequeño triage a la entrada, de tal manera de no recibir a aquellos pacientes que venían muy mal y para derivarlos, a través de la SEREMI, directamente a un recinto asistencial (...) En general, eso quedó, más bien, a cargo de los

compañeros que estaban a cargo de residencia o de las enfermeras coordinadoras, pero entiendo que también fue complejo”. [Entrevistado 3]

“Cuando llegaban personas con criterios de urgencia, el director técnico siempre priorizó la salud de las personas, así que no las ingresábamos y las enviábamos, en el mismo vehículo, a urgencias. Pero era algo que se sabía solo en el momento y había que resolver” [Entrevistado 6]

“Y en el caso de los traslados de urgencia (...), la espera era de media hora a 3 horas para poder trasladar a un usuario. Entonces era complejo poder mantenerlos sin mucho recurso, considerando que, cuando se derivaba a la urgencia, era porque en verdad era una urgencia”. [Entrevistado 5]

“[Los kinesiólogos] fueron un apoyo bastante bueno, porque tenían una línea clínica distinta y que complementaba el trabajo que se estaba haciendo y sumó más a lo que estaba inicialmente pensado para la residencia que, en el fondo, era sólo mantener a la persona, controlar la temperatura, la frecuencia respiratoria, presión arterial y en caso de descompensación, derivar a urgencia (...) eran tiempos de espera, a veces, prolongados (...) para poder esperar a que llegara la ambulancia”. [Entrevistado 5]

“A partir de la gravedad de algunos pacientes, en las últimas dos residencias, los médicos no estaban en las noches y la incorporación de los kine[siólogos], específicamente, pudo ayudar en realizar varias acciones para mantener a los pacientes o para irlos recuperando ante situaciones críticas” [Entrevistado 4]

f. Resolución de problemas emergentes.

Entre la innumerable cantidad de eventos a resolver por los encargados de las residencias sanitarias, que no se encontraban contemplados en el diseño de la estrategia, se observa el no contar con implementos clínicos necesarios para la adecuada atención de los usuarios ni con médico que prescriba fármacos para el manejo sintomático de la enfermedad; la inexistencia de flujos de derivación a la red de salud preestablecidos; el ingreso de usuarios que contravienen los criterios de exclusión definidos en los lineamientos ministeriales; la ausencia de indicaciones respecto de familias que llegaban con diferentes niveles de riesgo; la administración de recintos sanitarios no reconocidos por ley, de modo que los aspectos de funcionamiento, en términos legales, no resultan conocidos, pero mantenían una atención homóloga a la que se realiza en atención cerrada, sin los mismos recursos para ello, junto con el hecho de que se trata de recintos hoteleros, pero también sanitarios, por lo que la norma de funcionamiento es difusa para las personas que realizan su cuarentena, no habiendo claridad de los servicios de que pueden hacer uso o de lo que pueden recibir de parte de sus familiares; la atención de usuarios que ingresaban sin fármacos para el tratamiento de sus enfermedades crónicas de base, los que no estaban considerados en el arsenal farmacológico de las residencias sanitarias, pero debían ser obtenidos y administrados durante el periodo de aislamiento en los dispositivos; la gestión de problemas migratorios, alimentación, registro clínico, hotelería, logística y traslados, así como del funcionamiento, la dirección y el liderazgo de equipos clínicos de diferente tamaño, además de la cobertura de atención de los usuarios de cada residencia sanitaria, las que contaban con una misma Orientación Técnica para los primeros dispositivos (30 camas) y los nuevos (600 camas).

La tabla 33 presenta una serie de citas de entrevistados que dan cuenta de los problemas emergentes que debían resolver los referentes técnicos en las residencias sanitarias:

Tabla 33. Problemas emergentes que debieron resolver los referentes técnicos en las residencias sanitarias.

“¿De dónde saco el equipamiento clínico básico para hacer un control de signos vitales? No tengo botiquín y tengo pacientes que tienen sintomatología leve que pudiese manejarla; no tengo Médico que me prescriba [fármacos para el] manejo sintomático; si un paciente se descompensa, ¿a dónde y cómo lo derivo?; si un paciente viene con familia, trae hijos menores de edad y no tiene otra red de apoyo y los hijos no vienen con síntomas: ¿Dónde dejo los hijos? ¿Los meto en la misma pieza con el cuidador principal, que tiene la tuición legal?; si viene una pareja, donde uno está [con COVID] positivo y el otro negativo, y quieren estar juntos, ¿qué pasa con el principio de autonomía?” [Entrevistado 2]

[Se] te van generando múltiples dificultades. O cosas tan básicas como [que] estamos en un establecimiento que no es un establecimiento sanitario propiamente tal, ni reconocido por ley: no es un hospital. Pero tienes gente que está en un régimen de atención cerrada, encerrados, hospitalizados, internados, cuarentenados... como quieras plantearlo. ¿Pero hasta qué punto tú puedes aplicar la normativa de un hospital? ¿Pueden recibir pedidos de comida desde afuera? ¿La familia les puede traer, si reciben visita, comida o no? Un paciente que no es de tu red asistencial y tiene condición crónica: ¿Quién se hace cargo si llegó sin su tratamiento de continuidad? ¿A quién se los pido? [Entrevistado 2]

“Me acuerdo que el referente técnico tenía que hacerse cargo hasta de los reclamos de que la comida era fría, que no les gustaba la comida... todo ese tipo de cosas estaba dentro de lo que se hacía. Y nos pasaron muchas cosas con respecto a la migración, por ejemplo (...). Hasta de eso se preocupaba el referente técnico: que la comida llegara a tiempo, que no llegara fría, que tuviesen sus comidas al día... no solamente era el aspecto clínico que había que registrar, sino también esto otro que era la hotelería, la logística y los traslados”. [Entrevistado 1]

“Con el primer hotel tuviste una normativa técnica (...) que te daba un estándar de personal. Y con los siguientes, tuviste otra (...). Obviamente, la cantidad de habitaciones influye en el recurso humano. Un hotel grande es más difícil de manejar que un hotel chico: un espacio físico de 600 camas es un monstruo versus uno que tenga 30 (...) y eso te genera misticas de trabajo diferentes también: un equipo de chico es mucho más fácil de involucrar, pero también es un poco más difícil de corregir; con un equipo más grande, tú mantienes cierta distancia (...), por tanto, es más fácil de corregir (...) sin que genere también otro tipo de consecuencias entre las personas del equipo. Eso es algo que también tienen que manejar los encargados [de la dirección técnica de las residencias sanitarias]” [Entrevistado 2]

2.4. Acciones improvisadas en la implementación de las residencias sanitarias

a. Reclutamiento, selección, contratación e inducción del personal clínico.

La escasez de profesionales de salud en el mercado laboral, generada por la situación de pandemia, llevó a que, amparado en la situación de alerta sanitaria, el Servicio de Salud contratara, además de enfermeros, TENS, kinesiólogos y matronas, a estudiantes de los últimos años de las carreras de enfermería y kinesiología, así como profesionales extranjeros sin su proceso de revalidación de título completo, quienes podrían ejercer labores clínicas bajo la supervisión de un profesional acreditado como tal.

El proceso de reclutamiento, selección y contratación de personal se desarrolló al margen de lo habitual para un proceso de este tipo, efectuándose de forma improvisada, a través de una llamada telefónica y contratándose estudiantes y profesionales no bien se mostrasen interesados en trabajar, existiendo siempre una brecha importante entre los profesionales requeridos y aquellos efectivamente reclutados para el trabajo, en un contexto de jornadas de trabajo extenuantes.

Las características del personal contratado generaron dificultades en la operación de las residencias sanitarias, entre las cuales destacan los problemas de registro y flujos de información asociados a la atención eficiente en el cuidado de usuarios al interior de recintos de atención cerrada, así como las diferencias existentes entre médicos extranjeros y nacionales al momento de efectuar atención de pacientes y la breve duración de algunos profesionales en sus cargos debido al temor de contagiarse de COVID-19.

Frente a situaciones críticas de salud de los usuarios, la intervención de kinesiólogos o estudiantes de kinesiología resultó crucial para poder mantener con vida a personas con compromiso respiratorio en espera de traslado a servicios de urgencia, aun cuando no estaban contratados para desarrollar actuaciones propias de su profesión, sino en condiciones que los homologaban a técnicos de enfermería (TENS), razón por la que se solicitaba, desde el nivel de las residencias sanitarias, la contratación de estos profesionales en calidad de tales, situación que no prosperó dadas las definiciones establecidas por el MINSAL.

La tabla 34 exhibe las citas de los entrevistados en relación con el proceso de reclutamiento, selección y contratación del personal clínico.

Tabla 34. Reclutamiento, selección y contratación del personal clínico.

“Ante la falta de profesionales te permite, el Ministerio [de Salud], empezar a contratar profesionales que no tienen su proceso de validación de títulos completo. Por ejemplo, amparados por el estado de alerta sanitaria, tú puedes contratar médicos foráneos, que no han completado su proceso de revalidación; o puedes contratar internos [de escuelas de medicina, enfermería, etc.] que puedan ejercer labores clínicas, bajo la supervisión de un profesional, que se encuentra acreditado como tal”. [Entrevistado 2]

“Lo que nos permitían contratar eran TENS, enfermeras, kinesiólogos, eventualmente y si es que no lográbamos encontrar profesionales de otra área, y también se permitió estudiantes de último año de enfermería, también de kinesiología (...) y médico, también, que teníamos sólo en el día”. [Entrevistado 5]

“No se hizo lo que debía hacerse para la selección del personal [...], no debió haber sido así. Pero uno, cuando lo conversa con otras personas, también está el otro punto de vista que dice que estamos en pandemia y hay que instalar... la verdad es que yo creo que el

tiempo dirá. Yo lo único que puedo decir es que, menos mal, no se nos murió ni un paciente, ni una paciente” **[Entrevistado 3]**.

“En Recursos Humanos eran los encargados de contratar, pero tampoco podíamos hacer un concurso o una clasificación de los funcionarios que llegaban, producto que no había recurso [humano disponible] en el mercado. Por lo tanto, si lográbamos reclutar a alguien, esa persona quedaba. Muchos alumnos, mucho extranjero que estaba con la posibilidad de poder trabajar en el tema de pandemia, fueron los que reclutamos y con los que al final nos quedamos (...) Y nos quedó bastante brecha por cumplir, porque no había el recurso [humano en el mercado]. Además, las jornadas igual eran extenuantes”. **[Entrevistado 4]**

“Como te comenté, [el proceso de selección de personal] era una entrevista telefónica”. **[Entrevistado 5]**

“Tuvimos enfermeros que no nos duraron nada, porque el hecho de estar en contacto con los pacientes COVID ya era, para ellos, complejo “. **[Entrevistado 1]**

“Intentar tender a contratar más gente [para contar con el personal necesario], pero llegas a punto en que se te hace imposible. Entonces llegas... ruegas por mantener el equilibrio en un sistema sobrecargado. Esperas que no se te vaya a fundir uno de los elementos del engranaje”. **[Entrevistado 2]**

“En una de las residencias sanitarias, la contratación de kine[siólogos], que no estaban contratados como profesionales de kinesiología, pudieron salvar bastantes procesos bien críticos. Entonces, la idea de este pool o equipo más multidisciplinario ayudaba una enormidad [...], [pero] si se contrataban, era para labores más técnicas o administrativas que pudieran desempeñar”. **[Entrevistado 4]**

“Eran estudiantes de kinesiología. Lo que sí, apoyaron ellos bastante a los usuarios con sintomatología respiratoria, para poder ayudarlos a hacer ejercicios que les permitían respirar mejor y aprovechar de mejor forma el oxígeno, sin tener que agitarse para poder respirar o sin llegar a tener condiciones de urgencia que requería derivación a un hospital”. **[Entrevistado 5]**

“El coordinador de la residencia, en varias ocasiones, solicitó la contratación, la valoración de estos profesionales, como profesional kinesiólogo, por la labor que estaban cumpliendo, específicamente en tiempos de pandemia (...), con el tema respiratorio del paciente (...), pero como venía destinado cierto número de recursos y venía definido por el MINSAL el profesional a contratar, no se pudo”. **[Entrevistado 4]**

“Otra de las grandes dificultades fue que llegaron muchos egresados de enfermería, los cuales no tenían experiencia. Por lo tanto, se cometieron muchos errores (...), por ejemplo, del registro [clínico] correcto; que, si un paciente se descompensaba, no se avisaba de manera directa al médico; también (...), como no había una persona encargada de los médicos y la mayoría de los médicos eran extranjeros (...) ellos vienen con una forma de trabajar muy distinta a la forma como trabajamos acá en el área clínica”. **[Entrevistado 6]**

Uno de los entrevistados señala como, para los profesionales a cargo de la estrategia de residencias sanitarias, era esperable no recibir usuarios en las residencias sanitarias durante la primera semana de implementación usuarios, tiempo que se utilizaría para realizar la inducción al personal clínico.

Sin embargo, se debió improvisar tal inducción a los postulantes a los cargos de atención clínica para dispositivos comparables con la envergadura de los hospitales de la Región Metropolitana.

“Nosotros pensábamos que, en la primera semana, no íbamos a recibir pacientes... en la planificación original, la idea era haber tomado ese turno cuando llegaba y haber hecho una buena inducción, con revisión de registros, con la demostración de los procedimientos que estaban ahí asociados, sobre todo los que tenían que ver con la limpieza y desinfección... haber tenido, por lo menos, un turno libre para hacer para ese proceso”. [Entrevistado 3]

“Esperaba, personalmente, que nos dieran, al menos, unos 15 días para poder tener una implementación: 15 días es poco, pero pensando que era una pandemia, podíamos decir que, en 15 días, estamos listos para partir. Estábamos hablando de como 400 camas en una residencia (...), comparable a lo que se maneja en los hospitales en nuestra Región”. [Entrevistado 3]

“Yo entiendo que, en pandemia, era imposible tener una inducción como uno esperaría, pero al menos haber tenido un turno, con cada turno, para hacer una inducción del cómo íbamos a atender a los pacientes, cómo los íbamos a controlar, dónde nos íbamos a poner las EPP, dónde las íbamos a sacar, cuáles eran los flujos del área de limpieza y desinfección”. [Entrevistado 3]

La carencia de tiempo para poner en marcha las residencias sanitarias implicó que no se pudo hacer una adecuada inducción a los equipos clínicos, especialmente en lo relativo a las funciones a cumplir y el modo de proceder en cada una de ellas, así como tampoco se pudo construir los protocolos correspondientes a tiempo.

La inducción del personal clínico que estaría a cargo de la atención de usuarios, en las residencias sanitarias del Servicio de Salud Metropolitano Norte, decantó en un proceso de exposición grupal de la estrategia y algunos aspectos relacionadas con las condiciones contractuales y formales de vinculación con el Servicio de Salud, instancia en la que los postulantes inmediatamente quedaban contratados no bien mostraban interés en trabajar, siendo incluidos en la rotativa de turnos.

La importancia que se le asigna al hecho de haber improvisado el proceso de inducción radica en que se disponía de escasa y cambiante información sobre el COVID-19, por lo que funcionar en base a mínimos esperables resultaba así determinante en el tratamiento de los pacientes como en las precauciones necesarias para evitar los contagios entre profesionales, dado el uso compartido de espacios, en ocasiones, reducidos.

La tabla 35 exhibe las citas de los entrevistados en relación con el proceso de inducción del personal clínico.

Tabla 35. Inducción de personal clínico.

“Nosotros tuvimos que -con el equipo que estábamos trabajando- recibir a la gente e improvisar una suerte de inducción por el lado de lo que era el rol de la residencia, pero toda la parte, por ejemplo, de gestión del recurso humano, de lo que tiene que ver con la asistencia, la marcación (...), los respaldos que tienen que ver con licencias, la Mutual... nunca se hizo inducción de ese componente y eso le competía a Recursos Humanos”.
[Entrevistado 3]

“La recepción de postulantes (...) se debía hacer en el Servicio de Salud por parte de Recursos Humanos. Sin embargo (...), nos mandaron a todas las personas que ese día tenían que presentarse (...) al hotel. Nos avisaron, el mismo día, que la gente iba a empezar a llegar allá [...] Y nosotros partimos, comenzamos a entrevistar el lunes y tuvimos que entrevistar para reclutar. O sea, todavía no teníamos protocolos de atención, ni de uso de EPP ni de nada. Estábamos entrevistando a la gente para empezar a trabajar en la residencia”.
[Entrevistado 3]

“Cuando empezamos con las nuevas residencias [sanitarias] que nos asignaron, pensamos en la capacitación del personal, en contarles qué es lo que tienen que hacer, en hacer todo el tema mucho más desde el aspecto más clínico que cuando recién empezamos. Fuimos aprendiendo del hacer (...), así empezamos a funcionar”.
[Entrevistado 1]

“Y tuvimos que asumir, como equipo a cargo de la residencia (...), la entrevista que, por razones obvias, la tuvimos que hacer de manera grupal y sin ningún mecanismo de mayor filtro, sino, en el fondo, como una inducción (...), contándoles a los interesados de qué se trataba la pega e inmediatamente invitándolos a participar de acuerdo a lo que mostraran interés. Y los que estaban interesados quedaban inmediatamente inscritos en un sistema de turnos”
[Entrevistado 3]

“Había 4 turnos, por lo tanto, la primera semana llegó gente nueva todos los días. Era como una inducción diaria, en la mañana, verbalizada, porque no estaban aún los protocolos escritos en papel y como eran pocos los pacientes que había en ese momento, se les explicaba como íbamos determinando, con el director técnico, que era el coordinador del Servicio de Salud en el hotel, cómo era el funcionamiento de los pacientes que ya estaban en la residencia (...). No es que haya habido una inducción previa para recibir a los pacientes”.
[Entrevistado 6]

“Específicamente nuestro problema fue que no teníamos tiempo de hacerle inducción a los equipos que se venían sumando, porque (...) llegaban un día como a una entrevista, que en realidad (...) era un momento en donde nosotros explicábamos (...) cuál era la pega, preguntábamos quién estaba interesado y quedaban inmediatamente ellos matriculados, inscritos para iniciar un turno [...]. Como no logramos hacer una gestión previa de la instalación, entonces no logramos construir un protocolo, no logramos hacer una inducción de la gente (...) entonces claro, sobre la marcha es súper complejo”.
[Entrevistado 3]

“La inducción es importante para los profesionales para saber cómo es el funcionamiento, cómo va a ser ingresado un paciente infectado COVID... porque la información que había, hasta ese momento, no era clara. También eran muchos profesionales que trabajan por turnos y el espacio era bastante pequeño”.
[Entrevistado 6]

2.2.4.2. Instalación de personal clínico para el primer momento de las residencias sanitarias.

Otros de los procesos que fueron improvisados en la implementación de la estrategia fue la instalación del personal clínico en las primeras residencias sanitarias. El recurso humano contratado fue organizado en un sistema de turnos, pero ante la escasez de profesionales disponibles para trabajar en las residencias sanitarias y en contacto directo con usuarios contagiados de COVID-19, se debió buscar, entre los contratados para desarrollar otras estrategias sanitarias, a aquellos profesionales que quisiesen trabajar en estos dispositivos.

“Contratas un recurso humano que se organiza en sistemas de turno y se adecúa a los sistemas de turno. A su vez, los sistemas de turno se adecúan para que exista una capacidad de rotación, al menos mínima. Pero, además, en un escenario donde la disponibilidad del recurso humano no era mucho, porque piensa que todo el mundo salió a contratar, el mercado laboral se saturó. Por primera vez, no encontrabas profesionales de la salud sin pega”. [Entrevistado 2].

“En la primera pasada nos costó instalar gente. Ahí les pedimos a los chicos de Atención Domiciliaria quién se quería pasar a esa otra estrategia, porque, si bien los chicos que trabajaban en atención domiciliaria también atendían pacientes COVID, era distinta la pega a hacer en las residencias [sanitarias]”. [Entrevistado 1].

“Fue difícil. Habían otras estrategias funcionando, que era la atención domiciliaria y en algún momento, hubo que solicitar apoyo al recurso humano que estaba contratado para esa estrategia, que fueron unos enfermeros, que quisieron trabajar en residencia sanitaria, y que fueron los primeros equipos que fuimos formando” [Entrevistado 4]

b. Aumento de personal clínico y administrativo para el segundo momento de las residencias sanitarias.

Del mismo modo, el aumento de personal clínico y administrativo necesario para implementar las nuevas residencias sanitarias requirieron de improvisación.

En un comienzo, el Servicio de Salud Metropolitano Norte puso en funcionamiento las residencias sanitarias de acuerdo con las Orientaciones Técnicas definidas por el MINSAL. No obstante, cuando se deben abrir las nuevas residencias sanitarias, se dispone que funcionarán de acuerdo con lo establecido por la norma hospitalaria vigente, de acuerdo por lo establecido por el referente técnico de enfermería, quien dirigió el proceso.

El Servicio de Salud Metropolitano Norte, para desarrollar la gestión del cuidado en las residencias sanitarias ahora a su cargo, realizó ajustes en el lineamiento proveniente desde el MINSAL a la luz de la experiencia obtenida, por cuanto las Orientaciones Técnicas no consideraban -o lo hacían parcialmente- aspectos necesarios para el funcionamiento, entre ellos, la existencia de médicos en

las residencias sanitarias y la cantidad de enfermeros y TENS necesarios para el cuidado de los usuarios, de acuerdo con la cantidad de plazas existentes en los recintos.

La inexistencia de protocolos desarrollados hasta entonces -e incluso de los insumos necesarios para poner en funcionamiento los dispositivos- hizo necesario solicitar la colaboración de profesionales que desempeñaban funciones en las primeras residencias sanitarias, a fin de poder recibir a los primeros usuarios que comenzaron a llegar no bien se estaban poniendo en funcionamiento los nuevos dispositivos.

En una de estas nuevas residencias sanitarias, al no contar con equipos clínicos conformados al momento de su implementación, se debió solicitar que realizaran turnos adicionales los profesionales contratados para conformar parte del equipo de la otra residencia sanitaria recientemente implementada, obteniendo con ello el tiempo necesario para efectuar las contrataciones correspondientes.

A continuación, la tabla 36 presenta las citas referidas a la improvisación con que se efectuó el aumento del personal clínico y administrativo para implementar las nuevas residencias sanitarias.

Tabla 36. Aumento del personal clínico y administrativo para implementar las nuevas residencias sanitarias.

“Se supone que seguíamos el lineamiento que tenía el Ministerio de Salud (...), pero después, en un segundo momento, con las nuevas residencias (...) empezamos a pensar que pudiésemos tener ciertos estándares de tantos técnicos por turno (...) y ahí fuimos cambiando un poco el criterio para poder atender esa cantidad de pacientes que teníamos que atender. Y se contrató la gente de acuerdo a la normativa [hospitalaria], porque son las normas. El Enfermero, en el fondo, lo que hizo fue decir: “hagámoslo de acuerdo a lo que dice la normativa”. [Entrevistado 1]

“Después se habló de un estándar, que tenía que haber un equipo de enfermeros. Pero ni siquiera se hablaba al inicio, por ejemplo, de que debía haber un médico en las residencias. Entonces, partes implementando cosas con un lineamiento general, pero en el camino te vas dando cuenta (...) cómo es el sistema del funcionamiento”. [Entrevistado 2]

“Básicamente, la orientación que se nos entregó de cómo funcionaba una residencia sanitaria, en cuanto al personal clínico (...) indicaba que era un TENS y una Enfermera y sin embargo, de acuerdo a la gravedad y el aumento del volumen de pacientes, se hizo necesario contratar mucho más recursos humanos”. [Entrevistado 4]

“Tuvimos que solicitar ayuda a un equipo que ya tenía experiencia, pero nosotros no teníamos ni un protocolo hecho, estábamos recién consiguiéndonos los insumos... entonces, en ese escenario, tuvimos que pedir ayuda a un equipo clínico que ya tenía experiencia en los [hoteles] Tremo, que era la residencia que ya estaba funcionando, para que nos viniera ayudar a recibir los primeros pacientes, porque este equipo estaba recién conformándose”. [Entrevistado 3]

“Al principio (...), nosotros no teníamos equipo clínico. Entonces, la primera noche hubo que conseguir personal que no estaba en turno, en la otra residencia, para poder partir con un turno y ese mismo día, contratar el turno que lo iba a cubrir al día siguiente. Fueron turnos de 24 horas. Eso nos daba el delta para poder contratar, al otro día, el siguiente

turno. Y así, todos los días, hasta completar los 4 turnos estables para poder ir haciendo el turno de 24 [horas de trabajo] por 3 [días libres]”. [Entrevistado 5]

c. Gestión de recursos para implementar las residencias sanitarias

La gestión de los recursos económicos para implementar las residencias sanitarias fue otro ámbito que requirió de improvisación, en la medida que estuvo marcado por la demora en el traspaso del presupuesto, por parte del Ministerio de Salud, al Servicio de Salud. Pese a ello, se indicó dar curso a la habilitación de los dispositivos, por lo que se produjeron dificultades al momento de tener que efectuar el pago de los servicios contratados a las entidades privadas, puesto que, para ello, se requería de la existencia de convenios entre las partes, responsabilidad que también fue traspasada a los Servicios de Salud luego de alrededor de un mes de estar en operación los recintos.

Por su parte, tanto el recurso humano como el físico requirieron de acciones improvisadas para la implementación de la estrategia, por cuanto los funcionarios del Servicio de Salud a cargo de la misma debieron desarrollar tareas relacionadas con la gestión clínica, el recurso humano y la atención de usuarios sin contar con las condiciones mínimas para el funcionamiento, puesto que el recurso humano era escaso y los insumos, insuficientes para garantizar su seguridad, al tiempo que las labores que se desarrollaban en espacios que no contaban con los requisitos para efectuar atenciones de salud. Todo ello, mientras se les exigía entregar un estándar de atención de un dispositivo de salud.

Finalmente, la insuficiencia de insumos requirió que el Servicio de Salud Metropolitano Norte solicitara, a las comunas de su territorio, el préstamo o el traspaso de insumos para la atención de usuarios al interior de las residencias sanitarias mientras no se pudiese adquirir los recursos propios y necesarios para la operación de los dispositivos e incluso los propios funcionarios debieron recurrir a recursos propios para poder dar cobertura a los recursos necesarios para la atención de personas en las residencias sanitarias.

A continuación, la tabla 37 presenta las citas de los entrevistados referidas a la gestión de recursos para implementar las residencias sanitarias.

Tabla 37. Gestión de recursos para implementar las residencias sanitarias.

“Lo que pasa es que siempre, desde el Ministerio [de Salud], nos dijeron que los recursos van a estar y uno sabe que el sistema es súper burocrático y que se demora. Y lo mismo ocurrió con las camas, con los ventiladores, con todo lo que había que hacer (...). El problema es que cuando empezaron a apurar [a los Servicios de Salud para implementar las estrategias] había que hacer convenios (...) y no podíamos pagarle [a los hoteles], porque no había ningún procedimiento administrativo que sustentara ni el financiamiento, entonces (...) el proveedor nos decía: cómo sigo, si llevo un mes funcionando y no nos pagan”. [Entrevistado 1]

“A nosotros nos tocó instalar las estrategias, sin recursos, con equipo limitado; hubo que estar, en paralelo, contratando, haciendo inducción y además de eso, haciendo la gestión clínica, propiamente tal, la atención de los usuarios, además de mantener las condiciones y el resguardo de la seguridad sanitaria del recinto que, obviamente, [por ser] un hotel no cumplía con los requisitos sanitarios propios de un centro de salud. Y en algunos casos, la expectativa era, justamente, de que tenía que cumplir con un estándar, prácticamente de

centro de salud, pero sin los recursos asociados. Entonces, era un tanto complejo”. **[Entrevistado 5]**

“Sí, al inicio no teníamos insumos: tuvimos que ir paso a paso. Teníamos los insumos para el día [...] al principio, como había menos equipo clínico, yo creo que tuvo un impacto menor, pero fue complejo, porque había que estar viendo qué hago, porque no tengo o se me va a acabar en una hora más [el stock] y tengo que ir a hacer los controles clínicos y no tengo EPP para mis funcionarios. Entonces, ahí hubo que estarse prestando, entre una residencia y otra, EPP”. **[Entrevistado 5]**

“¡Nos conseguimos! Hablábamos con las comunas, conseguimos con un ‘oye, préstanos saturómetros y te los devolvemos cuando compremos’. Y así tuvimos algunos implementos para empezar, porque en algunos casos no teníamos esfigomanómetros, saturómetros... y las comunas nos prestaban para poder empezar, hasta que nos llegaran, hasta que los comprarán. Y así funcionamos, así empezamos y fue complejo (ríe)” **[Entrevistado 1]**

“Siempre ahí viene un poco el ingenio y también cómo uno empieza echar a andar los contactos. O sea, en una de las residencias, por ejemplo, nos faltaban insumos. Desde el Servicio [de Salud] no se había generado la compra y tuvimos que empezar a pedir ayuda a las comunas. Entonces los directores de salud de las comunas amigas paran distintos insumos: saturómetros, tomadores de presión, etc. Y la verdad es que era un momento en donde había una sensibilidad tan especial por el tema de la pandemia que recibimos mucho apoyo, muchos préstamos, por mientras el Servicio [de Salud] generaba los insumos necesarios para echar a andar las residencias” **[Entrevistado 3]**

“En algunos momentos, era bien crítico. Cada profesional o coordinador echaba mano a sus recursos propios para poder cumplir. Más de alguna vez lo hicimos”. **[Entrevistado 4]**

d. Apertura de las residencias sanitarias.

La improvisación también se observó en la apertura de los dispositivos. Para los primeros de ellos, el Servicio de Salud Metropolitano Norte fue inicialmente consultado respecto de los hoteles existentes en el territorio y que posibilitaran la instalación de residencias sanitarias e informó al MINSAL que existían pocas posibilidades, luego de realizar la búsqueda. No obstante, de improviso llega la instrucción, desde el Nivel Central, de abrir la primera residencia sanitaria en un hotel indicado.

Aquella primera residencia sanitaria contó con tres semanas de tiempo para ser puesta en operación. Sin embargo, en otros casos se contó con apenas horas para poner en operación los dispositivos. Así, en un tiempo acotado, se contaba con una residencia sanitaria en funcionamiento y recibiendo usuarios. Posteriormente, se dio plazo de dos a tres semanas para abrir las nuevas residencias sanitarias, dispositivos donde se intentó replicar lo ya realizado, debiendo efectuarse la revisión y ajuste de procesos durante la operación de éstos.

En efecto, los profesionales a cargo de la estrategia, a las 20:00 hrs. de un día de abril, reciben la instrucción proveniente del MINSAL, a través de su jefatura, de abrir una residencia sanitaria de inmediato, la que se puso en operación a las 22:00 hrs. del mismo día, sin personal contratado y con insumos y personal que salía de su turno de una residencia sanitaria más otro grupo que

ingresaba a la mañana siguiente en otra. Al momento de abrir, ya se encontraba esperando un bus con usuarios a ser ingresados, los que habían estado todo el día al interior de éste, sin alimentación, control de signos vitales ni posibilidad de satisfacer necesidades básicas.

En todos los casos, la apertura de las residencias sanitarias careció de preparación previa e insumos necesarios. Pese a ello -y de señalar los referentes técnicos los riesgos que implicaba actuar en tales condiciones-, los profesionales a cargo de la estrategia efectuaron las coordinaciones necesarias y ejecutaron las acciones mandatadas para cumplir con la instrucción de abrir las residencias sanitarias con inmediatez.

De acuerdo con uno de los entrevistados, la apertura de las residencias sanitarias se producen, en las condiciones antes señaladas, debido a presiones políticas provenientes desde el MINSAL y a que las autoridades del Servicio de Salud Metropolitano Norte no se negaron a ejecutar la orden. No obstante, la responsabilidad de comenzar a prestar los servicios encomendados recae, finalmente, en los profesionales a cargo de implementar la estrategia de residencias sanitarias.

La tabla 38 muestra las citas de los entrevistados referidas a las improvisación en los procesos de apertura de las residencias sanitarias.

Tabla 38. Apertura de las residencias sanitarias.

“La idea era que empezáramos a mirar, a buscar espacios donde pudiésemos llegar a tener alguna residencia [sanitaria]. Y nos pidieron que informáramos posibilidades dentro de nuestro (...). Y lo que hicimos fue buscar. Nosotros no teníamos muchas alternativas (...) e informamos esto al Ministerio de Salud y de repente nos llega esto y nos dicen: ‘abran’. Y así partimos con la primera residencia [sanitaria]”. [Entrevistado 1]

“Con la primera residencia, debe haber sido unas tres semanas. En adelante... con una de las residencias fue ir aperturando más espacios... pero en algún minuto llegaron a ser horas: ‘¡Abra! Este espacio ya sabemos que está reservado, [así que] ábralo’. Eso significó empezar a gestionar y en 4 horas tratar de tener el mínimo para poder funcionar, para recibir a la gente que casi que te está esperando en la puerta y espera que tú llegues con la llave y abras el lugar. Y las otras dos residencias se te avisa y tratas, un poco, de replicar lo mismo y también, a lo sumo 2 a 3 semanas”. [Entrevistado 2]

“Un día 26 ó 28 abril, camino a nuestra casa, como a las 8:00 de la noche, llama la jefatura de APS en ese momento, diciendo que, ese día y a esa hora, teníamos que abrir una residencia sanitaria. La residencia sanitaria se abrió a las 10:00 de la noche, con el personal que estaba saliendo de turno ese día [de otra residencia sanitaria], porque no teníamos cómo conseguir [más personal], y sacando insumos de la residencia que ya estaba funcionando, a esa hora, a las 10:00 de la noche”. [Entrevistado 4]

“Estaba funcionando la residencia con los funcionarios del turno de la mañana siguiente, abriendo residencia sanitaria, sacando insumos de la otra residencia, que estaba llena [de pacientes] en esos momentos, para esta otra residencia, y con pacientes en un bus, ahí, llevados por la SEREMI desde las 8:00 de la tarde, que estaban esperando que se abriera esta residencia sanitaria”. [Entrevistado 4]

“La urgencia, en ese momento (...) era abrir la residencia sanitaria en el momento. [Para] las otras residencias, creo que nos dieron una semana para abrir. Tampoco había una preparación previa (...). Tampoco había el insumo necesario para poder abrir residencias sanitarias así de rápido. Sin embargo, nuestra función era coordinar y abrir y eso se mantuvo en los momentos en que nos lo solicitaron. Si bien mostrábamos nosotros y hacíamos énfasis, a nuestra jefatura, la dificultad o el riesgo que existía, la orden era abrir”.
[Entrevistado 4]

“[En cosa de horas] había que estar contratando personal, aumentando el stock de EPP, generando los insumos clínicos que se requirieron utilizar para la atención de los usuarios... es tenso al menos, por así decirlo (risas)”.
[Entrevistado 2]

“Yo tengo la certeza de que existieron presiones, desde el Nivel Central, para poder abrir, en estos plazos indicados, las residencias y empezar a recibir pacientes. Entonces, yo creo que hay una responsabilidad también desde el Nivel Central y que, obviamente, la toma el Servicio [de Salud] y finalmente recae en estos equipos que estaban a cargo de la implementación (...) Ahora, el Servicio de Salud puede decir que no, lo que pasa es que hay otros aspectos, que son más bien desde el ámbito político, que intervienen, porque no es políticamente correcto decirle que no al Ministerio (...). Yo creo que ahí también se podría haber gestionado de mejor manera esa decisión”
[Entrevistado 3]

e. Apertura de las nuevas residencias sanitarias

La instrucción de abrir las nuevas residencias sanitarias se dio de improviso desde el MINSAL, exigiendo inmediatez en su implementación. Para ello, se requería efectuar la contratación del personal, la adquisición de insumos y la planificación del proceso de capacitación y coordinación de los equipos clínicos, lo que debió ser resuelto en conjunto con la puesta en operación de los recintos.

Las nuevas residencias sanitarias se emplazaron en hoteles grandes y modernos, con personal hotelero que no está capacitado para la atención de salud, con un funcionamiento estandarizado que se riñe con las acciones necesarias para efectuar las prestaciones de salud y sin que se encuentre claramente establecido si el recinto es un hotel o un espacio sanitario, es decir, quién es la autoridad del lugar, lo que genera dificultades adicionales.

Entre las dificultades enfrentadas en el proceso de implementación de las nuevas residencias sanitarias se encuentra el deber contratar al personal del equipo clínico en conjunto con la apertura del dispositivo, la recepción de los postulantes a trabajar en estos recintos y la recepción de usuarios, lo que significó verse en la obligación de solicitar la colaboración de equipos clínicos de las residencias sanitarias ya en funcionamiento e improvisar un sistema de distribución de tareas en que, mientras un referente técnico realizaba la inducción y la asignación de turnos a las personas que acudían a una presunta primera entrevista, otro se encargaba de la coordinación para la recepción de los usuarios”, situación que se habría podido evitar con una mejor planificación e instrucción temprana por parte del MINSAL.

La premura con que se efectuó la implementación de las nuevas residencias sanitarias implicó no poder contar protocolos, documentación de la estrategia ni formatos de supervisión predefinidos, lo que debió construirse y ajustarse durante el funcionamiento de la estrategia.

La tabla 39 presenta las citas de los entrevistados que dan cuenta de la improvisación con que fueron puestas en operación las nuevas residencias sanitarias.

Tabla 39. Apertura de las nuevas residencias sanitarias.

“El aviso del MINSAL, de esta ampliación de cupos y residencias, fue de un momento a otro. Era algo que un día salió, como tema, en una reunión y la confirmación fue a la semana siguiente. Y un día lunes tenía que partir una residencia y el día martes, la otra, de inmediato. Pero no se había contratado... había todo un tema ahí de cómo poder hacerlo, para poder darle marcha blanca, porque la presión era para [abrir] hoy, pero el hoy era imposible”.
[Entrevistado 5]

“No me voy a olvidar nunca, porque fue una cosa así como un shock, porque me invitaron un día lunes o martes (...) y me explican la estrategia y el día lunes o martes de la otra semana, ya estábamos recibiendo pacientes... pensando que teníamos que reclutar una cantidad de profesionales altísima. En una semana, reclutarlos, capacitarlos, coordinarlos, armar los turnos, comprar los insumos, ver el funcionamiento de las EPP... para todo eso, nos dieron el plazo de una semana”.
[Entrevistado 3]

“El día lunes tuve que ir a conocer el [Hotel] Tremo, cómo estaba funcionando, para ver si sacaba ideas para implementar en el Hotel Capital. De ahí, volvemos al Servicio [de Salud] Metropolitano Norte y me llama el director técnico [de la Residencia Sanitaria para decirme] que teníamos que empezar, el día martes, a implementar la residencia sanitaria, o sea, al día siguiente de haber entrado a trabajar al Servicio [de Salud] Metropolitano Norte”.
[Entrevistado 6]

“En los otros dos [nuevos dispositivos], llegas a un espacio físico que son hoteles grandes, modernos, nuevos (...). Llevan días esperando gente y tú recién te das por enterado, hace dos días, de la designación. Y lo mismo: tienes que hacer la misma vuelta y preguntarte cómo está capacitado el personal”.
[Entrevistado 2]

“Fue todo sobre la marcha y a la vez: difícilmente iba a poder hacerse algo más anticipado, porque fue de un día a otro, en donde se dio esta puesta en marcha. La puesta en marcha (...) se podría haber ordenado de mejor forma si, desde el MINSAL, hubieran dado esas directrices antes, para poder haberse preparado y no hubiera sido todo de una vez”.
[Entrevistado 5]

“Y recibimos la indicación de comenzar a recibir pacientes en el día martes, al otro día de haber empezado a reclutar al recurso humano (...). A uno no le preguntan qué te parece, son indicaciones que vienen de más arriba (...). Tuvimos que implementar, ahí, un sistema en que uno de nosotros se quedaba haciendo la recepción de las personas que iban a la “primera entrevista” (...), haciendo una pequeña inducción y empezando inmediatamente a fichar los sistemas de turno; paralelamente, otra persona se dedicaba a ver cómo se estaba implementando la recepción y manejo de los pacientes que iban llegando de manera paralela”.
[Entrevistado 3]

“Esa semana estuvimos, en paralelo, siendo apoyados por un equipo del [Hotel] Tremo, reclutando gente... porque nosotros teníamos que reclutar y entrevistar, no sé, 50 personas diarias y teníamos entrevistas agendadas hasta el jueves, viernes de la misma semana, para

completar los cargos que debían trabajar en esa residencia, pero paralelamente a nosotros nos empezaron a enviar pacientes”. **[Entrevistado 3]**

“Nosotros partimos y al segundo día, estábamos recibiendo pacientes. Entonces, insisto, no tuvimos tiempo de hacer protocolos, de documentar la estrategia, porque claramente uno debiera hacer supervisiones desde estándares pre-definidos que nosotros no logramos construir en este mes que se trabajó en la residencia”. **[Entrevistado 3]**

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la sección anterior se recogen las visiones de los actores relacionados con la Estrategia de Residencias Sanitarias desarrollada en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, estableciéndose los elementos del diseño e implementación más relevantes a partir de su discurso.

A continuación, se presenta la discusión de los hallazgos, organizados en seis grandes temáticas construidas a partir del discurso de los entrevistados: Estrategia de Residencias Sanitarias; condiciones de implementación de las residencias sanitarias; coordinación de acciones para el funcionamiento de las residencias sanitarias; implementación de las residencias sanitarias; evaluación de la implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias; y facilitadores y obstaculizadores de la Estrategia de Residencias Sanitarias.

1. La Estrategia de Residencias Sanitarias

La Estrategia de Residencias sanitarias surge como una política de salud importada, a la luz de lo que se había desarrollado en otros países, principalmente en China con las *fever clinics*, ante el reconocimiento de un problema catalogado como de emergencia de salud pública de importancia internacional.

Se trata de una medida de aislamiento social, la única que, por extrema que resulte, ha tenido éxito ante situaciones similares anteriores, resultando razonable su aplicación tanto por no existir una mejor forma conocida para detener la propagación de una pandemia, incluida la de SARS en 2003, como por la evidencia científica existente sobre el COVID-19, especialmente en cuanto a su mayor transmisibilidad en los hogares y mayor prevalencia en personas mayores de sesenta años.

Su diseño, implementación y articulación con el sistema de Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS) estuvo marcada por una serie de complejidades, resultando central la puesta en marcha a contrarreloj; la asignación tardía de los recursos necesarios para su operación; y el desarrollo de un diseño excesivamente general, que da paso al establecimiento de Orientaciones Técnicas que resultan insuficientes como guía para la fase de implementación, debiendo los profesionales a cargo de este proceso subsanar tales insuficiencias mediante la desestimación de determinadas indicaciones ministeriales -como los criterios de exclusión de las personas que podían acceder a las prestaciones de estos dispositivos o estándares de atención- e improvisar soluciones sobre aspectos del funcionamiento que no fueron contemplados inicialmente, llegando a ajustar incluso los objetivos para los que fueron diseñados estos recintos. Todos estos aspectos son considerados, por los actores, como determinantes en las condiciones en que los dispositivos fueron puestos en operación y en los condicionantes de su éxito o fracaso como estrategia sanitaria.

En sintonía con lo recientemente señalado, los enfoques y modelos que soportan el sistema sanitario chileno se vieron tensionados por la política, generando dificultades estructurales y funcionales que impactaron significativamente en la red sanitaria del Estado, en la medida que se trató de una medida de inserción de dispositivos sin consideración por la lógica articuladora y operativa del sistema de salud.

Un aspecto relevante dice relación con considerar el desarrollo de la estrategia desde el enfoque de derechos, puesto que su diseño contemplaba la realización de acciones sanitarias y la segregación de personas en una forma que atenta contra el deber del Estado, poniendo en tensión la mirada técnica del nivel administrativo con la política del nivel de formulación.

Con todo, la estrategia ha ofrecido un desafío significativo en términos de su implementación, considerando los aspectos decisivos de este proceso para la teoría y las condiciones que la realidad impuso para su puesta en marcha y funcionamiento.

1.1. La Estrategia de Residencias Sanitarias en el sistema de salud nacional

En términos normativos, es la Subsecretaría de Salud Pública la que tiene competencia en materia de vigilancia de la salud poblacional, el desarrollo de normas para infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos de las redes asistenciales, el establecimiento de estándares de atención de los recintos sanitarios para garantizar la calidad de la atención y el manejo de brotes o epidemias; mientras que a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, le corresponde la articulación y desarrollo de la red asistencial, incluyendo la definición de los niveles de complejidad, coordinando la ejecución de acciones a través de los Servicios de Salud.

En vista de lo expuesto, sobre la Subsecretaría de Salud Pública ha recaído la responsabilidad de establecer la normativa de funcionamiento de las residencias sanitarias, incluida la referida a infraestructura y equipamiento, así como los estándares esperados para desarrollar la atención y protocolos de atención, aspectos que resultan los más cuestionados por los actores, quienes señalan que los lineamientos recibidos resultaron absolutamente generales, centrados en aspectos administrativos y desajustados a las necesidades reales que la gestión de los dispositivos planteaba. En particular, dan cuenta de la tensión existente entre una normativa que no considera aspectos esenciales para el funcionamiento de los dispositivos (necesidades sociales, tareas de gestión con requerimiento de 24 horas al día y 7 días a la semana, coordinación con hoteles, capacidad resolutive y relación con otros niveles de la red, sistemas de registro y trazabilidad, entre otros) y la carencia de protocolos de atención, situación que debió ser resuelta a través de la creación de procesos, procedimientos y protocolos clínicos y de IAAS (Infecciones Asociadas a la Atención en Salud) por parte de un referente técnico del Servicio de Salud.

Lo comentado tiene implicancias prácticas, puesto que, a nivel de Servicio de Salud, debieron efectuarse correcciones y un rediseño discrecional de la estrategia, mediante actuaciones que contravienen la jerarquía institucional (como oponerse a las indicaciones directas de la Autoridad Sanitaria, representada por los agentes de la SEREMI de Salud, facultados para vigilar, inspeccionar y sancionar en su nombre). Todo ello exponía a los funcionarios del Servicio de Salud a problemas originados por una trasgresión administrativa, favorecida también por la inexistencia de formas de registro estandarizado -que Contraloría General de la República auditaría posteriormente- y modos de articulación predefinidos para la relación entre instituciones. Esto constituyó una preocupación, desde el comienzo, para el equipo implementador, especialmente en consideración de la responsabilidad administrativa que se asume al ejecutar funciones que exceden lo establecido en el marco normativo, regulador del ejercicio de la función pública.

La Subsecretaría de Salud Pública tiene bajo su responsabilidad prever la administración del financiamiento para las acciones de salud pública, programas y acciones financiadas por el Estado, incluidos los brotes y epidemias, lo cual fue desarrollado extemporáneamente, recibiendo los Servicios de Salud el mandato de implementar las acciones definidas para la estrategia sin tener posibilidad de ejecutarlas, dada una falta de recursos que no solo impedía el pago por servicios contratados a los hoteles donde se emplazaron las residencias sanitarias, sino también impedía contar con los mínimos éticos que han planteados los expertos para la puesta en operación de este tipo de recintos, lo que resultó especialmente sensible en cuanto a la existencia de elementos de

protección personal insuficientes, carencia de equipos para controlar signos vitales y personal clínico insuficiente y escasamente preparado para realizar la atención directa de usuarios.

En términos de la integración de las redes de salud, la Estrategia de Residencias Sanitarias sufrió dos series de cambios al poco tiempo de haberse implementado, en las que se vio alterado el rol que tienen los Servicios de Salud en la estructura del sistema sanitario chileno, pasando de desempeñar su función habitual de articular, gestionar y desarrollar su red asistencial, así como vincularla con la red más amplia, a administrar directamente dispositivos sanitarios y realizar la atención directa de usuarios. Con ello, se pierde la función articuladora territorial de la red, dejando a las comunas correspondientes sin referencia técnica, entendiéndose directamente con el Nivel Central, y sin la capacidad, por parte del Servicio de Salud, de monitorear las acciones, según está definido en la ley.

Ante ello, los entrevistados dan cuenta de haber tenido que realizar cambios en la estructura interna de los equipos de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte y en la asignación de labores a los referentes técnicos de cada área, las cuales distan de las tareas para las que se encuentran mandatados en el ejercicio de su cargo y que debieron desarrollar hasta que la administración de las residencias sanitarias es encomendada a la SEREMI de Salud regional.

Por último, la estrategia no contemplaba procesos predefinidos para efectuar derivaciones a otros niveles de la red, según los diferentes sistemas de salud (FONASA, ISAPRE, FF.AA.) de los usuarios, aspecto estructural del sistema de salud chileno que debió ser resuelto mediante acciones discrecionales y emergentes por parte de los funcionarios del Servicio de Salud.

1.2. Estrategia de Residencias Sanitarias y su relación con los enfoques y modelos en salud

Desde una perspectiva de enfoques y modelos, la Estrategia de Residencias Sanitarias atenta contra el espíritu que siguen el modelo de RISS y el enfoque APS, que propician una prestación de servicios de salud más eficientes, de mejor calidad técnica, equitativos e integrales. Junto con ello, buscan garantizar el derecho a la salud, la cohesión social, la disminución de la desigualdad entre sectores socioeconómicos y la exclusión social del sistema de prestaciones de salud, en un esfuerzo por aminorar la fragmentación y desarrollar un uso racional y eficiente de los recursos.

De acuerdo con los lineamientos establecidos por el MINSAL y el discurso de los actores, resulta evidente que la Estrategia de Residencias Sanitarias constituye el desarrollo de un modelo de atención que desatiende los fundamentos orientadores del funcionamiento del sistema de salud y trasgrede aspectos mínimos establecidos para la relación entre las personas, tal como se evidencia en los elementos señalados a continuación.

En primer lugar, la estrategia favorece la fragmentación de los servicios en red, al incorporar a la red sanitaria dispositivos de un primer nivel de atención de baja capacidad resolutive, señalados por los entrevistados como recintos más parecidos a hospederías que a dispositivos de atención cerrada en el diseño, pero que terminaron cobrando la forma de recintos de atención cerrada, albergando a pacientes de diverso nivel de gravedad, sin contar con recursos necesarios para ofrecer atenciones que podrían haber resuelto, con inmediatez, las necesidades de los usuarios.

Por otro lado, los lineamientos entregados por el MINSAL resultaron excesivamente insuficientes en relación con la dotación del personal necesario para atender a los usuarios de los dispositivos, brecha que debió ser salvada especialmente al implementar residencias sanitarias de gran envergadura. Además, la contratación del personal se desarrolló de forma inhabitualmente laxa, al

tiempo que se estructuraron equipos con estudiantes de último año de carreras de la salud, profesionales contratados en funciones homólogas a las de Técnicos de Enfermería y con un mínimo proceso de inducción, lo que apunta al ofrecimiento de prestaciones de una baja calidad técnica de los dispositivos.

Además de la baja calidad técnica y baja capacidad resolutive ya señaladas, el uso irracional e ineficiente de los recursos se vio favorecido por la falta de lineamientos y orientaciones claras de parte del Nivel Central, pero también por la velocidad con que cambiaban las definiciones basadas en la evidencia científica y los acuerdos entre expertos. Un ejemplo muy particular está dado por el uso irracional y excesivo que se dio a los elementos de protección personal por parte de algunos funcionarios, pero también se puede observar en el diseño de los dispositivos y en la falta de profesionales de algunas áreas de la salud que resultaron esenciales para el tratamiento de usuarios con compromiso respiratorio, como el aporte realizado por kinesiólogos aun cuando estaban contratados en forma homóloga a TENS.

El modelo de RISS busca organizar la atención sobre territorios bien definidos, con población bien diferenciada, cuyo conocimiento es crucial para establecer perfiles precisos de la situación de salud. Esto se encuentra alineado con el enfoque de APS, que promueve un primer contacto del usuario con el sistema, considerando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. No obstante, de acuerdo con los actores, las residencias sanitarias recibían usuarios de territorios diversos, muchas veces sin contar con antecedentes de salud ni con los fármacos necesarios para sus enfermedades de base, lo que desarticula el trabajo de la red y expone así a los usuarios a una situación de riesgo como a los equipos de salud a enfrentar situaciones de emergencia para los que las residencias sanitarias no se encontraban preparadas.

Finalmente, cuando las residencias sanitarias son traspasadas a la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana, el modelo de APS y el enfoque de RISS nuevamente se ven afectados, en la medida que se pierde aún más el liderazgo de la APS en el modelo de atención, al definirse el desarrollo de la estrategia desde una dependencia directa de la Subsecretaría de Salud Pública, habiendo previamente desarticulado el rol coordinador de la red sanitaria de los Servicios de Salud.

Con todo, la Estrategia de Residencias Sanitarias resulta un ejemplo de ineficiencia y poca racionalidad en el uso de recursos públicos, dada la inclusión de dispositivos sanitarios, en las RISS, que favorecen la fragmentación, la pérdida de continuidad de la atención, la falta de congruencia entre servicios ofrecidos y necesidades de los usuarios, derivaciones tardías e intervenciones poco pertinentes con las necesidades de salud y mucho más con aquellas culturales de los usuarios. Al mismo tiempo, da cuenta de una comprensión de las personas sin consideración por su entorno y sin considerarlas como parte integrante de su familia y comunidad.

1.3. Articulación de las residencias sanitarias en el sistema de redes integradas de salud

Desde la mirada de la articulación de la red, el modelo de RISS realiza un esfuerzo sostenido por reducir su fragmentación, que se aprecia, entre otras cosas, en la falta de acceso a servicios, la pérdida de la continuidad de la atención, la falta de congruencia entre los servicios ofrecidos y las necesidades de los usuarios, el requerimiento de visitar múltiples recintos asistenciales para un episodio único de enfermedad y las indicaciones de intervención impertinentes con las particularidades culturales.

El MINSAL, a través del *Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento*, define los lineamientos para enfrentar la pandemia por COVID-19. En él, establece que las residencias sanitarias corresponden a dispositivos ambulatorios, por lo que se insertan en el circuito de las redes asistenciales existentes, pero sin definirse el modo de articulación con el mismo. Así, la vinculación con la red, de acuerdo con el discurso de sus responsables en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, termina dependiendo exclusivamente de las capacidades de los profesionales a cargo de los recintos, lo que necesariamente constituye un riesgo para los usuarios y un problema para el ejercicio de la función pública, en la medida que no existe una norma bien definida a seguir y una articulación de niveles de atención preestablecida que favorezca el flujo de las prestaciones sistemas de referencia y contrarreferencia. En efecto, tal falencia queda puesta en evidencia cuando los propios funcionarios del MINSAL y la SEREMI de Salud, una vez que había sido traspasada a ésta la administración de los dispositivos, continuaban solicitando información relativa a su gestión a los profesionales del Servicio de Salud.

Más allá del modo en que los mecanismos de coordinación asistencial entre servicios fueron considerados, estos funcionaron coordinadamente, pues los referentes del Servicio de Salud, concedores de la red, utilizaban los recursos existentes y las vías de derivación establecidas para la red en general, brindando acceso a la atención de urgencia y especialidad.

El nivel hospitalario se vio sobrepasado por una demanda adicional de atención que podría haberse resuelto, las más de las veces, en las residencias sanitarias si éstas hubiesen contado con implementación adecuada para brindar atenciones de baja a mediana complejidad. Por el contrario, la capacidad resolutoria de estos dispositivos favoreció una agudización de la fragmentación de las redes integradas de servicios de salud, generando que, en ocasiones, los pacientes se agravaran y requirieran traslado y hospitalización prolongada, atochando los servicios de emergencia y el acceso de la población a la atención de especialidad, tan crítica en los momentos más complejos de la pandemia.

Por su parte, la evidencia científica ha dado muestras de la elevada tasa de contagiosidad y las largas estadías de las personas contagiadas en los hospitales, por lo que no solo resultaba previsible el atochamiento del sistema sanitario, sino también la posibilidad de mutación del virus al mantenerse por largos periodos en el organismo del huésped. Así, de acuerdo con Stavropoulou et al, son justamente los sistemas sanitarios con un nivel de APS robusto lo que permite reducir las internaciones hospitalarias, de modo que, naturalmente, debe considerarse como el modelo a seguir para la implementación de dispositivos de este tipo.

1.4. Enfoque de derechos en el diseño de la Estrategia de Residencias Sanitarias

Desde el enfoque de derechos, la APS comprende que la asistencia sanitaria debe ser accesible a todos los individuos y familias de la comunidad, en el sentido del compromiso con la justicia social, la equidad y el reconocimiento del derecho fundamental establecido en la Declaración Universal de Derechos Humanos, propiciando el acceso a un nivel de vida adecuado, aspecto que contempla la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Para ello, el primero de los pilares de la APS es priorizar estratégicamente los servicios de salud cruciales, mediante funciones de salud pública constitutivas de los servicios integrados de salud. En efecto, la Declaración de Alma-Ata señala que los esfuerzos de una atención sanitaria integral para todos deben contemplar dar prioridad a los más necesitados; idea reforzada por la Declaración de

de Montevideo que da cuenta de la necesidad de velar por la continuidad de la atención.

Definir criterios de exclusión, para el acceso a la atención de las residencias sanitarias, como los establecidos en los lineamientos ministeriales (presentar criterios de hospitalización, problemas de salud mental que requieran monitoreo permanente para el funcionamiento cotidiano o en fase de descompensación socioemocional o conductual y -de acuerdo con los actores- encontrarse en situación de calle), implica una discriminación arbitraria dada una condición de edad, de salud o social, y constituye un atentado contra los derechos humanos de las personas tan evidente que los propios burócratas implementadores y funcionarios de nivel operativo de residencias sanitarias debieron desobedecer, prestando atención usuarios normativamente excluidos.

1.5. Aspectos éticos de la implementación de dispositivos de aislamiento de personas

Siguiendo a Li y sus colaboradores, resulta evidente que los responsables de la formulación de políticas públicas orientadas a la implementación de dispositivos de aislamiento de personas deben contar con un diseño prolijo, por cuanto deben constituir la primera línea de defensa contra la pandemia. Esto incluye, esencialmente, la capacitación formal y profesional del personal, realizada estricta y regularmente, y contemplar la construcción de dispositivos de aislamiento en lugares con ventilación de espacios, con recursos asignados adecuadamente, con procesos estandarizados y con un suministro eficiente de elementos de protección personal, mínimo ético para la operación de estos recintos.

En el caso del Servicio de Salud Metropolitano Norte, la implementación de las residencias sanitarias, de acuerdo con el discurso de los actores directamente involucrados, se desarrolló desatendiendo cada uno de los puntos establecidos, a partir de la evidencia científica y el acuerdo entre expertos, como mínimos para la formulación de una política pública de este tipo, incluidos aquellos mínimos éticos para poner en funcionamiento recintos de estas características.

2. Condiciones de implementación de las residencias sanitarias

Las condiciones de implementación de las residencias sanitarias presentaron particularidades que resultaron significativas para los profesionales encargados de su gestión, pero también, contradicciones con lo señalado por la evidencia científica existente, a la luz de los requerimientos que los dispositivos para el cuidado de personas contagiadas con COVID-19 presentan.

Entre los problemas más relevantes asociados a la implementación de los dispositivos, se cuentan las condiciones físicas de los hoteles donde se emplazaron; las medidas de cuidado de los equipos sanitarios, tanto aquellas dirigidas a evitar el contagio como las orientadas al cuidado de su salud mental.

2.1. Condiciones físicas de los hoteles

Uno de los problemas enfrentados por los referentes técnicos a cargo de dar curso a la instrucción ministerial de apertura de las residencias sanitarias es que los hoteles no contaban con condiciones para albergar a usuarios en situación de confinamiento y contagio por enfermedad respiratoria. Al

respecto, los estudios indican lo determinante que resulta diseñar dispositivos especialmente pensados y habilitados para el aislamiento de personas, elegir adecuadamente el lugar de tratamiento, descontaminar y ventilar el ambiente, y limpiar superficies. Contrariamente, los dispositivos no estaban especialmente diseñados para este efecto, al tiempo que no contaban con condiciones físicas mínimas para el desarrollo de acciones de salud en atención cerrada, pues algunos espacios ni tan siquiera contaban con ventilación. Además, tampoco se contaba elementos de protección personal suficiente, personal debidamente capacitado, protocolos basados en indicaciones de especialistas en IAAS o medicamentos capaces de reducir significativamente las admisiones hospitalarias. La evidencia científica es clara respecto de que todos estos aspectos resultan determinantes en la propagación de la enfermedad, por lo que, contrariamente a lo realizado en los dispositivos estudiados, deben tener un tratamiento diferenciado según cada contexto de cuidado y etapa de la enfermedad en que se encuentra cada paciente.

2.2. Cuidado físico de los equipos sanitarios

Entre las recomendaciones de expertos que surgen a raíz de la evidencia científica, uno de los primeros aspectos a ser contemplados en el tratamiento de personas contagiadas con enfermedades transmisibles dice relación con las condiciones de higiene que los equipos clínicos deben tener y los insumos con que deben contar.

En el caso de la pandemia por COVID-19, la atención está puesta tanto en las precauciones estándar, como en las de contacto, por gotitas y la transmisión aérea, desagregándose en acciones que van desde el correcto lavado y desinfección hasta el uso de elementos de protección personal. Sin embargo, los entrevistados exponen que las residencias sanitarias, en el Servicio de Salud metropolitano Norte, fueron puestas en operación sin contar con los recursos suficientes, considerando desde los implementos para la medición de signos vitales de los usuarios y estaciones de enfermería con espacio para el lavado de manos hasta los elementos de protección personal. En efecto, ni siquiera se contaba con los recursos económicos para efectuar los contratos con los hoteles que dispondrían sus instalaciones para el emplazamiento de los dispositivos y fueron desestimadas, por el MINSAL, las razones señaladas por los profesionales implementadores acerca de lo inadecuado de las condiciones que presentaban los hoteles para implementar dispositivos de esta naturaleza.

Lo anterior ocurre por diversas razones, entre las que se cuentan, para los actores, una entrega de información errática de parte del MINSAL; su indicación de apertura de residencias sanitarias a contrarreloj y en horarios extra laborales; la falta de previsión del Nivel Central respecto de los recursos con que se debía contar para la implementación de los dispositivos de aislamiento social, así como la instrucción de proceder con la estrategia, aun sin contar con ellos en el Servicio de Salud; la incapacidad para negarse a dar curso a la instrucción, en las condiciones señaladas, por parte de las autoridades del Servicio de Salud Metropolitano Norte; y la disposición por parte de los profesionales a cargo de la estrategia, en dicho Servicio de Salud, para implementar los recintos una vez recibida la orden de ponerlos en marcha, pese a haber informado que no se contaba con las condiciones para hacerlo.

2.3. Cuidado de la salud mental de los equipos sanitarios

En cuanto a la salud mental de los equipos sanitarios, las recomendaciones surgidas a partir de la evidencia científica indican que se debe propender a mantener una buena comunicación dentro y entre equipos; la rotación de equipos entre entornos de mayor y menor estrés; la asociación de trabajadores con experiencia y aquellos que no la tienen; la mantención de trabajadores en los mismos recintos y con el mismo equipo, a fin de disminuir la transmisión del virus; asegurar descansos adecuados; proporcionar horarios flexibles; crear oportunidades de apoyo mutuo y espacios para apoyar la salud mental. No obstante, en el Servicio de Salud Metropolitano Norte se actuó prácticamente en contra de todas las consideraciones señaladas.

Tal como comentan los entrevistados, la comunicación de la estrategia resultó deficiente, especialmente entre el Nivel Central y el Servicio de Salud, pero también entre el Comité COVID y los profesionales a cargo de la implementación de la Estrategia. En particular, se señala la recepción de indicaciones realizadas sobre la marcha, con carácter de urgente, manteniendo usuarios a la espera de apertura de dispositivos que ni siquiera tenían existencia en ese momento y que debían ser puestos en operación en razón de horas; con equipos clínicos articulados improvisadamente, sin conocer la experiencia ni competencias de cada quien; con cambios de residencia sanitaria del personal; sin conceder tiempos de descanso adecuados, ya sea por la asignación de turnos adicionales o por facilitar la posibilidad de efectuar turnos en los días de descanso; con horarios fijos, en turnos de jornada diaria para el personal clínico y sin horario de descanso para el equipo de gestión; sin creación de oportunidades de apoyos mutuos ni reconocimiento institucional del trabajo; y sin servicios de apoyo a la salud mental.

3. Coordinación de acciones para el funcionamiento de las residencias sanitarias.

Las redes de salud se articulan a partir de diferentes niveles que requieren coordinación para su funcionamiento conjunto. Uno de ellos está dado por la relación entre el Ministerio de Salud y los veintinueve Servicios de Salud del país, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Un segundo nivel de coordinación se refiere a la vinculación entre los Servicios de Salud y cada uno de los dispositivos de su territorio, sean de su dependencia directa, autogestionados o privados en convenio. Para el caso de las residencias sanitarias implementadas en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, se agrega un tercer nivel de análisis en la coordinación, el cual se refiere a las Subdirecciones y sus equipos de trabajo por área.

3.1. Coordinación entre el Ministerio de Salud y el Servicio de Salud Metropolitano Norte

La coordinación entre el MINSAL y el Servicio de Salud Metropolitano Norte estuvo marcada por diversas situaciones en las que el traspaso de información y recursos se desarrolló en forma tardía, errática o contradictoria.

Un ejemplo de lo señalado es que el protocolo orientador de la Estrategia indicaba que residencias sanitarias estaban destinadas exclusivamente para personas que cumplieran con ciertos condiciones, como tener más de 18 años, estar diagnosticado con COVID-19 positivo, no presentar criterios de hospitalización, encontrarse asintomático o con síntomas leves, no presentar enfermedades concomitantes o tenerlas compensadas. Sin embargo, la realidad es que los dispositivos recibieron usuarios, especialmente aquellos trasladados por la SEREMI de Salud, en condición de contacto estrecho, menores de 18 años, en situación de calle, con criterios de

hospitalización, con síntomas graves y con enfermedades concomitantes o descompensadas, sin antecedentes clínicos ni fármacos.

El mismo protocolo señalaba que las residencias sanitarias debían contar con habitaciones individuales, con baño privado y de uso exclusivo; pero los entrevistados dan cuenta de que en los dispositivos se recibieron grupos familiares e incluso mujeres puerperales con neonatos.

Por otro lado, tanto el discurso de los actores como los documentos intercambiados entre ambos niveles dan cuenta del desacople entre la indicación de apertura de las residencias sanitarias y el traspaso de los recursos necesarios para ello, así como de la reiterada expresión de preocupación, por parte de la Dirección de Atención Primaria del Servicio de Salud, frente a esta situación. Todo ello, sin contar con las indicaciones de trastocar el rol del Servicio de Salud en la estructura funcional del sistema de redes integradas, convirtiéndolo en administrador directo de las residencias sanitarias.

Un elemento que da cuenta de una actuación errática, en el contexto de la estrategia, está dado por las comunicaciones establecidas por medio del Ordinario C5 N° 1675 del 3 de junio de 2020, del Subsecretario de Redes Asistenciales, donde se establecen las características técnicas y condiciones para la contratación de hoteles donde se emplazarán las residencias sanitarias y la posterior Resolución Exenta N° 419, emanada por el propio del Ministro de Salud, al día siguiente, mediante el cual deja sin efecto el documento anterior y rectifica las condiciones técnicas para los recintos destinados a convertirse en residencias sanitarias.

Por su parte, los montos a ser pagados por la contratación de los servicios hoteleros presentan diferencias importantes al resultar incongruentes aquellos establecidos por la coordinadora administrativa de la DIVAP y los que, finalmente, fueron autorizados a ser pagados por el Servicio de Salud, habida cuenta de que la realización de los convenios fue delegada en esta institución sobre convenios establecidos a nivel del MINSAL.

Todos estos elementos tensionan la coordinación entre niveles, evidenciando falta de claridad en los lineamientos de la estrategia y en las decisiones que deben ser tomadas durante el proceso de implementación.

3.2. Coordinación entre el Servicio de Salud Metropolitano Norte y su territorio jurisdiccional.

El Servicio de Salud Metropolitano Norte, de acuerdo con los antecedentes documentales y las versiones de los actores de la implementación, debió cumplir dos tipos de roles: articulador de la red y administrador directo de las residencias sanitarias. El primero corresponde a su rol habitual en la administración del Estado, dada la normativa existente, mientras que el segundo corresponde a una innovación sin precedentes en la definición para el funcionamiento del sistema de redes integradas de salud nacional.

Si bien resulta pertinente considerar la posibilidad de efectuar cambios que excedan la normativa ante condiciones determinadas -como una emergencia sanitaria causada por una pandemia-, el cambio de rol del Servicio de Salud parece no haber resultado adecuado ni razonable, impresionando como una acción voluntariosa, carente de un razonamiento en función de la lógica del sistema de RISS y contrario al enfoque de APS, por cuanto no sólo genera un problema al establecer el desarrollo de una iniciativa por equipos profesionales que no están habituados a la administración directa de dispositivos, sino porque sobre todo porque se elimina la instancia

articuladora de la red y la capacidad de monitoreo y supervisión del nivel local en una situación crítica.

El impacto en la coordinación que deben efectuar los Servicios de Salud con los dispositivos de sus territorios, al deber efectuar la administración de las residencias sanitarias y el nivel comunal pasar a relacionarse directamente con el MINSAL, es la dilución de la capacidad de articulación territorial establecida por el modelo de RISS y el enfoque de APS, lo que impacta en el funcionamiento de la totalidad del sistema sanitario chileno. En efecto, tanto las comunas como los dispositivos de los diferentes niveles de la red sanitaria pierden su referencia técnica y la forma de coordinación habitual para el desarrollo de todas las tareas de salud.

Con todo, los inusuales cambios en la función de los Servicios de Salud implican un grave impacto en la administración del Estado, lo que probablemente haya incidido en la decisión de entregar la administración de las residencias sanitarias a la SEREMI de Salud -y con ello, a la Subsecretaría de Salud Pública- y la reinscripción de los Servicios de Salud en el sistema de redes integradas para cumplir su rol articulador habitual.

3.3. Coordinación entre equipos de las diferentes subdirecciones del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Mediante la Resolución Exenta N° 690 del 31 de marzo de 2020, el director del Servicio de Salud Metropolitano Norte delega, en la Dirección de Atención Primaria, de la Subdirección de Gestión Asistencial, la tarea de coordinar las estrategias sanitarias para enfrentar la pandemia en el territorio jurisdiccional de la institución. Esta delegación se realiza, no obstante, sin el establecimiento de formas de articulación y colaboración entre los equipos de las diferentes subdirecciones involucradas en los procesos institucionales.

De acuerdo con lo señalado por los actores de la implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias, resultó especialmente sensible la falta de coordinación con los equipos de Finanzas, Abastecimiento y Recursos Humanos, bajo el entendido de que la asignación de recursos, compra de insumos y contratación de personal para los dispositivos requería del involucramiento de aquellas áreas, las que resultaron, las más de las veces, obstaculizadoras de los procesos necesarios, aun cuando las condiciones de emergencia sanitarias favorecían la posibilidad de actuar de forma excepcional respecto del marco normativo y requerían de agilidad y del compromiso por parte de las personas involucradas en el desarrollo de tareas específicas.

En efecto, la propia Subdirección de Gestión Asistencial desarticuló el organigrama normado para su funcionamiento, reorganizándose en función de fuerzas de tarea específicas, definiendo nuevas jerarquías internas y roles a cumplir por los referentes técnicos.

Esta muestra de plasticidad y adaptabilidad mostrada por la Subdirección de Gestión Asistencial contrastó con la rigidez mostrada en las otras subdirecciones, generando tensiones entre los equipos y una actuación desarticulada al momento de dar respuesta a los requerimientos situacionales. Así, la falta de dirección institucional resultó decisiva en la ineficiencia para actuar bajo una situación de emergencia sanitaria.

Por otra parte, la falta de integración en las acciones de las diferentes subdirecciones y unidades del Servicio de Salud da cuenta del fenómeno que Waissbluth ha llamado insularidad. En este caso, propiciado por la generación de cúpulas institucionales que operan en islas temáticas y directivos

institucionales carentes de herramientas para el microgerenciamiento o desinteresados en el desarrollo de tareas coordinadas.

4. Implementación de las residencias sanitarias

4.1. Proceso de implementación

Existe acuerdo, entre los teóricos, respecto de que la implementación de políticas públicas constituye un proceso afectado por diversas variables que intervienen en su desarrollo y en el logro de los objetivos inicialmente propuestos en la fase de diseño. Por este motivo, si bien ninguno de los diversos enfoques que aportan elementos significativos para efectuar el análisis de un proceso tal resulta absoluto de suyo, cada uno realiza valiosos aportes que son tomados en consideración para comprender el proceso de implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias en el Servicio de Salud Metropolitano Norte.

El contexto de la estrategia, sus características, los agentes y agencias a cargo del proceso de implementación, así como las estrategias desarrolladas, dan cuenta del modo en que cursó su implementación y de las diferencias obtenidas entre lo diseñado y lo finalmente obtenido.

El modelo de Walt y Gilson ofrece una mirada general en que se comprende que la implementación identifica lo que sucede una vez que una política se pone en práctica, la forma en que se controla, si consigue o no orientarse hacia sus objetivos y lograrlos, y si resultan consecuencias positivas o negativas del proceso, al tiempo que la señala como la fase más descuidada del proceso, resultando, en ocasiones, bastante desconectada de la fase de formulación, obteniéndose entonces resultados diversos de los esperados.

Desde esta mirada, el proceso de implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias debe considerar dos aspectos antagónicos para su análisis. Por una parte, si bien los objetivos planteados en el marco general dado por la Estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento resultaron cubiertos por la implementación realizada en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, en términos de disminuir la transmisión del virus causante del COVID-19 al mantener a las personas contagiadas en cuarentena y bajo supervisión de un equipo clínico; por otra, el mismo proceso de implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias exhibe una desconexión significativa con su diseño, requiriendo ajustes en todos los niveles, desde los objetivos hasta las acciones específicas de atención, de acuerdo con los documentos normativos de la estrategia y el discurso de los actores directamente implicados.

Otros elementos particularmente relevantes para la implementación fueron el protocolo de funcionamiento de los dispositivos, que consideraba aspectos generales, sin contemplar las acciones específicas a ser desarrolladas por los equipos sanitarios o el uso de elementos de protección personal al momento de efectuar la atención de los pacientes; el sistema de registro y trazabilidad de las acciones, el cual no se encontraba más normado que por la indicación del uso de una ficha clínica no estandarizada; el personal necesario para el funcionamiento de los recintos, en la medida que lo indicado por el MINSAL resultó insuficiente ante las características de los dispositivos, el curso de la enfermedad por COVID-19 en las personas infectadas y la envergadura de los recintos; los problemas sociosanitarios que debieron ser resueltos, sin contar con indicaciones claras para ello y debiendo responder a requerimientos de personas ajenas a la población del territorio jurisdiccional del Servicio de Salud Metropolitano Norte; y la

improvisación de diversas acciones, las que van desde la puesta en operación de las residencias sanitarias hasta acciones de cuidado específicas.

En consecuencia, se trata de una política pública para la que cobra especial relevancia la fase de implementación, caracterizándola el desacople con el diseño, el abordaje de problemas emergentes y la discrecionalidad de decisiones, de manera tal que los actores, su posición en las estructuras de poder y sus valores e intereses propios, resultaron determinantes.

De acuerdo con lo expuesto, en palabras de Mintzberg, la Estrategia de Residencias Sanitarias termina siendo una de tipo sombrilla, que establece directrices generales con escaso control sobre detalles específicos. Sin embargo, no existe evidencia para señalar que las condiciones emergentes de la estrategia hayan sido fruto de una decisión deliberada, antes bien, el sinnúmero de acciones improvisadas impresiona en el sentido de que fue más un resultado no deseado que una situación reflexivamente buscada. Aquello no obsta para comprenderla como una estrategia de proceso, en la medida que termina habiendo control sobre el proceso de formación, pero no sobre las directrices generales, dando paso a estrategias desconectadas que llegaron a oponerse a las definiciones formales por considerarlas impracticables.

Al tratarse de una estrategia de proceso que da paso a estrategias desconectadas, se favorece el surgimiento de una lógica difusa, que da paso a nuevos liderazgos y soluciones creativas emergentes, tal como lo ha planteado Weissbluth en sintonía con la idea de estrategias emergentes señaladas por Mintzberg, características de este proceso de implementación.

No cabe duda que ahí donde se observa una serie de dificultades durante el curso de la implementación, especialmente por la falta de orientación que la ausencia de directrices específicas y procesos estandarizados ha generado, también se abren considerables posibilidades al resultar un proceso con múltiples formatos y experiencias con valor para orientar la acción ante situaciones similares futuras.

Lo anterior es posible porque la Estrategia de Residencias Sanitarias constituye una política pública de baja formalidad, en la medida que se trata de una regulación administrativa que no ha requerido de la aprobación del poder legislativo para su desarrollo. Sin embargo, se origina en un contexto que la engalana con atributos formales, por cuanto se trata de un mecanismo operativo que cursa en un Estado de Excepción Constitucional instaurado a propósito de la declaración Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional por la pandemia mundial por COVID-19.

Walt y Gilson señalan que diversos factores deben contemplarse en la construcción de las políticas públicas. Uno de ellos es contexto situacional, que en el caso presente está dado por la pandemia por COVID-19, determinante del contenido de la política. Pero también se encuentra influido por el contexto internacional, en la medida que muchas de las determinaciones vinculantes para la Estrategia de Residencias Sanitarias estuvieron enmarcadas en las recomendaciones de expertos e instituciones de salud de alcance global, como la OMS y la OPS. Incluso los factores estructurales de la sociedad tuvieron influencia en su desarrollo, en la medida que el sistema político chileno facilitó la toma de decisiones directa por parte del Ejecutivo para actuar en función de detener el avance y alcance de la enfermedad, así como por el hecho de que el factor demográfico debió ser considerados en el proceso de implementación y que no hacerlo generó complejidades adicionales al proceso de implementación.

Por otro lado, los autores indican que el contenido de las políticas refleja las dimensiones de las mismas, incluyendo sus objetivos y las estrategias para llevarlas a cabo. En el caso de la presente estrategia, se trata de una política presentada explícitamente, pero que, por su carácter, termina

teniendo aspectos discrecionales significativos. Además, la implementación impacta a nivel estructural, afectando el sistema de redes integradas de salud en su conjunto.

Por otro lado, se trata de una estrategia desarrollada en un contexto situacional de pandemia, que es presentada con carácter comunitario, redistributivo y regulatorio, al ser enfocada, desde el imperativo de la salud poblacional en su conjunto, en el ejercicio virtuoso de ofrecer condiciones de aislamiento a la población más necesitada y establecer sanciones ante el incumplimiento de las medidas dispuestas. Sin embargo, se hace necesario observarla desde las perspectivas liberal y utilitarista, al verse comprometidos los derechos y oportunidades de las personas en el acceso a las prestaciones ofrecidas a través de estos dispositivos y al considerarse las condiciones en que una política de este tipo puede minimizar los riesgos y potenciar los beneficios de la población a la que está dirigida.

Van Meter y Van Horn plantean que el nivel de cambio y de consenso permiten pronosticar un mayor éxito de la política. En el caso presente, se trata de un cambio significativo si se considera el contexto: cuarentenas obligatorias en recintos cerrados para personas contagiadas de COVID-19. Ahora bien, más que el nivel de consenso, es la falta de disenso la que favorece la instauración de la medida, dado el contexto de atribuciones excepcionales del Ejecutivo y de temor ciudadano frente a una pandemia ocasionada por un virus del que se tenía poco conocimiento incluso en la comunidad de científicos y expertos.

Pese a que las particulares atribuciones que el contexto ofrece para la viabilidad de la iniciativa desde su comienzo, el proceso de implementación resultó decisivo en los resultados obtenidos, muy diferentes en algunos aspectos a los objetivos inicialmente propuestos. Así, si bien es cierto que las residencias sanitarias fueron destinadas a la realización de cuarentenas de personas contagiadas de COVID-19 con dificultades habitacionales, también es cierto que, durante la implementación de la estrategia, los dispositivos terminaron proporcionando atención de un modo completamente diferente al establecido en la normativa al ser comprendidos, posteriormente, más como recintos de atención cerrada que como dispositivos de hospedaje, debiendo ajustar el estándar de atención y la composición de los equipos clínicos en función de estándares hospitalarios, sin lo cual el agravamiento de cuadros clínicos y las situaciones de riesgo podrían haber implicado un problema más serio. Para ello, resultó determinante la burocracia administrativa y sus decisiones orientadas a proponer principios operativos emergentes y esfuerzos prolongados destinados para dar cumplimiento a los cambios ordenados desde la cúspide política.

Resulta evidente la importancia de la dimensión vertical en la relación entre los actores, según la que los vínculos administrativos y de autoridad entre los niveles nacional, subnacional, organismos de gobierno e interorganizacional son protagonistas, así como la variedad de mecanismos y procedimientos desplegados por las partes involucradas. Desde esta perspectiva, un abordaje *bottom-up* parece más ajustado para el análisis de la implementación, en tanto el nivel operativo ha tenido más influencia sobre el proceso que el mandato legal, incluso considerando los atributos particulares que le otorga el contexto.

En función de lo recientemente señalado y de acuerdo con Lipsky y Bardach, la observación de las soluciones y reparaciones ofrecidas a las omisiones o situaciones no previstas por el diseño de la política, a través del diseño de rutinas y mecanismos administrativos, resultan fundamentales para comprender la falta de linealidad del curso tomado por la estrategia.

Si se estructura el análisis en función de lo establecido por Rein y Rabinovitz, se deben considerar tres etapas en el proceso de implementación. Para el caso de la Estrategia de Residencias Sanitarias,

tanto en la etapa de creación de reglas como en la de distribución de recursos, predomina el imperativo legal, por cuanto el diseño es realizado de acuerdo con los intereses de los políticos de gobierno, normando una estrategia que debe ser obedecida por todos los Servicios de Salud, al tiempo que la falta de los recursos necesarios impide dar cumplimiento al mandato por parte de estas agencias. Sin embargo, en la etapa de supervisión, que es donde se debe buscar el cumplimiento del mandato legal, el imperativo burocrático-racional cobra preponderancia, puesto que el modo en que se implementa la estrategia resulta altamente discrecional y en función del razonamiento desarrollado en el nivel burocrático, en tanto aquellos aspectos que no resultan razonables ni justos impiden la aplicación de la estrategia según ha sido diseñada o en su defecto, ésta se ve modificada por sus principios y consideraciones de viabilidad.

Sobre este último punto, los entrevistados dan cuenta de sus diferencias con el diseño que define su función en la estrategia, desarrollando conductas incluso francamente opuestas al mandato proveniente del Nivel Central, por ejemplo, al oponerse a efectuar el ingreso de usuarios en condición de riesgo vital, pese a la instrucción directa de la SEREMI de Salud; al no dar curso a la estrategia por no haber recibido los recursos necesarios para implementar los dispositivos; y al efectuar ajustes en la composición de los equipos clínicos, la creación de protocolos o la incorporación de personas excluidas por normativa, entre otros.

Un elemento complementario, relacionado con lo recién señalado, se refiere a los tipos de retraso que un proceso de implementación puede tener. De acuerdo con lo propuesto por Pressman y Wildavsky, el retraso de la implementación de la estrategia, en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, respondería a uno no planeado o accidental para el nivel diseñador, dado por la falta de fluidez en el traspaso de los recursos; pero también puede deberse a uno intencionalmente causado por los participantes en búsqueda de rediseñar lo programado, puesto que, al implementar las nuevas residencias sanitarias, ya se conocen las condiciones de trabajo que impone la estrategia y los márgenes de acción que, en efecto, llevaron a rediseñar el modo en que fue operativizada.

En cuanto al imperativo consensual, éste tiene poca incidencia en la implementación de la estrategia, pues el contexto en que se desarrolla favorece que exista escasa oposición de parte de grupos de interés antagónicos o diversos, delegando los beneficiarios la decisión en los expertos y las autoridades o viéndose obligados a dar cumplimiento a lo establecido por ley. Acaso se deba considerar como los grupos de interés más relevantes el político diseñador, el burocrático implementador y los empresarios hoteleros que se benefician con una prestación de servicios a sobreprecio, muy por fuera de la banda establecida en el mercado.

Hassenfeld y Brock ofrecen una alternativa interesante para el análisis, al considerar 5 tipos de fuerzas impulsoras del proceso de implementación. En el caso de las Estrategia de Residencias Sanitarias, de acuerdo con lo expuesto hasta este punto, tienen preeminencia la adecuación organizacional, la discreción y adaptación burocrática, y el liderazgo y competencia por sobre las relaciones de poder y la búsqueda de racionalidad.

La preponderancia de la adecuación organizacional se puede observar en la capacidad que muestra el Servicio de Salud Metropolitano Norte, particularmente la Subdirección de Gestión Asistencial, para reorganizarse según fuerzas de tarea específicamente orientadas a enfrentar la pandemia, ajustando su estructura y patrones organizacionales en función de las demandas del medio externo a la organización, principalmente provenientes del contexto de pandemia y las exigencias del MINSAL. Esta reestructuración afecta el resultado de la estrategia, en la medida que los procedimientos habituales se alteran, haciendo menos predecible las actuaciones de la institución y sus agentes. En efecto, la necesidad de establecer nuevos procedimientos, que exceden la

normativa, así como la importancia de las competencias del personal resultaron determinantes en el modo en que se dio cumplimiento al mandato de la estrategia y en las diferencias que mostró respecto del diseño.

La importancia de la discreción y adaptación burocrática resulta clara en el caso de la Estrategia de Residencias Sanitarias, en tanto son los burócratas y funcionarios del nivel inferior los que definen discrecionalmente el modo en que se cumple e implementa el mandato recibido, exhibiendo -de acuerdo con Elmore- posibilidades para ofrecer soluciones a problemas complejos, precisamente por encontrarse más cerca de aquellos problemas, como en los casos de emergencia de necesidades sociales, decisiones críticas frente a la agudización sintomática de usuarios, implementación de procesos, procedimientos, protocolos y flujos de circulación, etc.

Aquí, nuevamente cabe considerar la figura del *fixer* -propuesto por Bardach-, capaz de corregir el curso de la política según su poder, autoridad formal, recursos y conocimientos del área, puesto que el MINSAL baja una normativa general, con grandes espacios de indefinición. Ésta es interpretada por el Comité COVID del Servicio de Salud, desde donde se establecen los lineamientos institucionales a través de los referentes técnicos de la estrategia que, a su vez, deben abordar el trabajo que se realiza en los dispositivos y la dirección de los dispositivos y equipos clínicos.

Por lo demás, cada nivel de la fuerza de tarea debe articularse horizontalmente con la red de salud y con otros dispositivos del intra o extrasistema y resolver problemas emergentes no contemplados en el diseño, lo que ofrece un amplio margen de acción en cada nivel decisional, por lo que se contaba con implementadores con poder, autoridad formal, capacidad de administración de recursos y un conocimiento altamente específico de su área, al punto de resultar indispensables para el desarrollo de la estrategia, puesto que nadie más conoce su función y que, en algunos casos, se requirió de presencia de funcionarios 24 horas al día. Estas condiciones resultan propicias para rectificar la estrategia desde el espacio de influencia de cada implementador.

El liderazgo y la competencia de los encargados de la estrategia resultaron decisivos en la implementación de la estrategia en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, siendo reconocida su capacidad y compromiso por los diferentes actores. Estas condiciones hicieron posible encabezar la tarea y encauzar el esfuerzo colectivo que llevó a una implementación de enormes dispositivos de atención cerrada, carentes de recursos necesarios para dar atención a pacientes contagiados con COVID-19 de diversa gravedad, en los que se cumplió con el objetivo de ofrecerles cuidados clínicos con estándares de atención suficientes para completar la tarea sin fallecidos, con derivaciones oportunas y protocolos que consiguieron resguardar la seguridad del personal y garantizar el funcionamiento continuo de los recintos.

Por otro lado, la búsqueda de racionalidad, entendida como la capacidad de estructurar formalmente el proceso de implementación y las acciones de los implementadores, se vio mermada al ofrecer el Nivel Central un diseño que no se ajustaba a las exigencias que enfrentaban las residencias sanitarias y se alejaban de los valores de los burócratas implementadores y las consideraciones clínicas, sociales y sanitarias en general que resultan irrenunciables para los expertos técnicos, al tiempo que no ofrecía condiciones para un uso eficiente de los recursos y necesariamente, tampoco podía basarse en experiencias previas, por no contar con antecedentes de una pandemia anterior ni basarse en evidencia, por cuanto ésta se encontraba en permanente cambio.

Las relaciones de poder tampoco resultaron particularmente relevantes, puesto que tanto las condiciones en que la estrategia se implementó como la falta de oposición y el amplio espacio decisional con que contaban los burócratas en cada nivel, disminuyó las posibilidades de conflicto, facilitándose formas de cooperación entre agentes y agencias, reservándose el conflicto para situaciones puntuales, principalmente asociadas a situaciones de riesgo vital de las personas, aspecto particularmente sensible en condiciones de pandemia, lo que seguramente persuadía de generar formas de imposición por parte de los agentes facultados para ello.

En cuanto a las condiciones propuestas por Sabatier y Mazmanian, se puede señalar que la Estrategia de Residencias Sanitarias no contaba con una base sólida que relacionara los cambios en el comportamiento del grupo objetivo con el logro final deseado ni con directivas inequívocas que estructurasen la implementación; muy por el contrario, las formas de control existentes para ello resultaron altamente laxas y genéricas, dejando bastante espacio para la toma de decisión discrecional en el nivel burocrático.

Por su parte, los líderes de las agencias ejecutoras, si bien demostraron poseer habilidades gerenciales y políticas sustanciales, no se encontraban comprometidos con las metas decretadas e incluso señalaron expresamente su distanciamiento con el diseño y el modo en que se pensó la estrategia y su implementación.

Tampoco la estrategia contaba con el apoyo activo de grupos de electores organizados, legisladores clave ni participación de tribunales a su favor durante el proceso de implementación. Y si bien la prioridad relativa de los objetivos legales no se vio socavada por otras políticas públicas en conflicto o cambios en las condiciones socioeconómicas que afectasen su apoyo, sí este se vio mermado por los conflictos de interés de las autoridades que se hicieron públicos y que disminuyesen la credibilidad de la estrategia.

De los aspectos que Sabatier y Mazmanian señalan como esenciales para lograr que la decisión tomada políticamente se llegue a realizar, durante la implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias no se contó con ninguno, lo que hace comprensible la aparición de cambios significativos en el proceso de implementación, la aparición de iniciativas para resolver los diversos problemas emergentes y la capacidad del nivel burocrático-administrativo para rediseñar y reparar los aspectos considerados omitidos o erróneos de la estrategia.

4.2. Objetivos de las residencias sanitarias

Los objetivos de la estrategia planteaban, formalmente, la implementación de dispositivos orientados a mantener aisladas a las personas contagiadas cuyas condiciones socio-habitacionales y de convivencia les impedían desarrollar un proceso de cuarentena adecuado en sus hogares. Sin embargo, de acuerdo con los actores, estos recintos sanitarios terminaron siendo, en la práctica, espacios más parecidos a recintos de atención cerrada, albergando a personas con una enfermedad respiratoria que implica una alta probabilidad de agravamiento del cuadro y de requerir atenciones de un nivel de complejidad para el que ni los recintos ni los equipos clínicos estaban preparados.

En este sentido, es relevante comprender que si bien se cumplió el objetivo más amplio y general, de mantener en cuarentena a personas contagiadas para disminuir la transmisión de la enfermedad y bajo cuidados clínicos y monitoreo, la forma en como estaba pensado hacerlo sufrió cambios significativos, a través del rediseño de la estrategia y las reconfiguración de los recintos.

El problema esencial que significó el cambio a nivel de objetivos es que las residencias sanitarias no contaban con las condiciones para atender a personas con cuadros respiratorios graves, por lo que las necesidades que imponía la realidad excedía las posibilidades de actuación de los equipos, llevando a estos recintos a ofrecer un espacio que así protegía a la comunidad como ponía en riesgo a sus usuarios.

4.3. Ajuste de condiciones y espacios de los hoteles.

Otro aspecto relevante estuvo constituido por el hecho de que los hoteles en que fueron implementadas las residencias sanitarias no contaban con espacios adecuados para el trabajo clínico, llegando incluso a ser evaluados, por los equipos implementadores, como un espacio inadecuado para ello. Esta situación no formaba parte en el contenido de la política y fue resuelta mediante la indicación, emanada desde el MINSAL, de proceder con la apertura de los recintos, en desatención a los expuesto por los expertos en gestión del cuidado, infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y prevención de riesgos.

La indicación recibida generó la necesidad de improvisar soluciones (como plastificar pisos alfombrados para realizar los procedimientos de desinfección) y definir procesos clínicos en ajuste a las condiciones existentes (por ejemplo, mediante el uso de escasos elevadores y la consecuente demora en los procesos de ingreso de las personas llevadas en grandes grupos de personas).

Si se toma en consideración lo planteado por el modelo de Walt y Gilson, se trata de un aspecto que debe ser considerado en el contenido de una política de este tipo, en el sentido de que, desde una perspectiva utilitarista, las condiciones de implementación de recintos de este tipo deben propender a minimizar los riesgos y potenciar los beneficios de su población objetivo, tal como lo plantean los expertos a la luz de la evidencia existente en hoy día.

4.4. Protocolos

Una tensión con lo señalado por los investigadores en la materia es la que se ofrece a partir de lo señalado por Li y sus colaboradores, quienes refieren que, del conocimiento existente, se desprende que la implementación de este tipo de dispositivos exige una estandarización de procesos. Sin embargo, el protocolo establecido por el MINSAL para la implementación de la Estrategia indicaba aspectos generales de funcionamiento, especificando sólo algunos elementos, entre ellos, la cantidad de personal necesaria para su operación.

A partir de ello, los actores a cargo de la implementación refieren la necesidad de efectuar ajustes a los lineamientos recibidos, justamente en la medida que los recintos terminan siendo más parecidos a recintos hospitalarios que a hospederías, que es como fueron considerados en el diseño. Así, se hizo necesario contar con más personal que el previamente definido, aumentar el tipo de profesiones contempladas en el diseño (por ejemplo, médicos) y considerar la presencia permanente de profesionales a cargo de la gestión, aspecto que tampoco estaba contemplado en el contenido de la política.

Además de lo anterior, la inexistencia de protocolos relacionados con el uso de elementos de protección personal, de acciones asociadas a la gestión del cuidado, control de inventario y los

procedimientos de ingreso, egreso, derivación y traslado de usuarios, requirió, según el discurso de los actores, de un diseño local, lo que afecta la estandarización esperada de acciones de los diferentes recintos implementados en el territorio de un Servicio de Salud y más aún si se piensa en las diferencias existentes entre los dispositivos implementados en los 29 Servicios de Salud del país.

4.5. Sistema de registro, trazabilidad y supervisión de las acciones.

La Estrategia de Residencias Sanitarias careció de un sistema de registro y trazabilidad de las acciones, predefinido y estandarizado, que permitiera orientar este tipo de acciones. Ante ello, cada dispositivo debió generar un modelo de registro clínico que posteriormente fue determinado desde el Servicio de Salud Metropolitano Norte para todas las residencias sanitarias de su administración. Del mismo modo, fue una determinación del Comité COVID de este Servicio de Salud el prestar especial cuidado al registro de las acciones que pudieran, posteriormente, dar cuenta de los recursos públicos utilizados.

De acuerdo con lo señalado, resulta relevante considerar la importancia de generar formatos estandarizados que permitan ofrecer un control efectivo de las acciones realizadas, incluso más allá de la mera revisión de los recursos públicos empleados. Se trata de un problema para investigaciones futuras que puedan abordar las diferentes formas de registro desarrolladas, por cuanto pueden ofrecer perspectivas valiosas y no contempladas en la actualidad.

4.6. Abordaje de problemas socio sanitarios.

Un aspecto significativo, señalado por los actores involucrados en la implementación, dice relación con los problemas sociosanitarios que debieron ser resueltos durante la operación de las residencias sanitarias. Éstos estuvieron dados, principalmente, por el modo en que fueron realizados los traslados de los usuarios a los dispositivos, por parte de la SEREMI de Salud, a saber, en grandes cantidades; manteniendo en espacios cerrados, durante horas, a persona contagiadas en contacto con aquellas en condición de contacto estrecho; sin antecedentes clínicos; y sin consideración por la correspondencia con la población del territorio de jurisdicción del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Sin duda, se trata de un elemento relevante al momento de considerar la formulación de políticas que contemplen el funcionamiento de dispositivos de este tipo, en consideración a lo establecido en el marco legal que regula el funcionamiento de los organismos de salud y su responsabilidad vinculada a territorios específicos, así como por la condición de sociosanitaria de la población a que se orientan.

En el caso de la Estrategia de Residencias Sanitarias implementada en Chile, los problemas sociosanitarios a ser abordados resultaron un problema emergente constante, por cuanto la estrategia formulada no contemplaba recursos destinados a resolver este tipo de situaciones (por ejemplo, botiquín con fármacos para el tratamiento de enfermedades de base, pañales para bebés, objetos para la mantención de menores de edad, gestores interculturales, etc.) ni formas de vinculación con la red que facilitaran su resolución.

Gran parte de estos problemas pudieron resolverse gracias a la presencia permanente de un referente técnico en las residencias sanitarias. No obstante, se trata así de un puesto inexistente en

el diseño como dependiente exclusivamente de la voluntad y compromiso de la persona que cumplía ese rol. En efecto, al ser traspasada la administración de los dispositivos a la SEREMI de Salud, fue un tipo de problemas que se encontró sin solución, excepto -nuevamente- a través la gestión voluntaria de los referentes del Servicio de Salud que ya no tenían a su cargo la gestión de las residencias sanitarias.

4.7. Improvisación de acciones

Se ha señalado lo expresado por Li y sus colaboradores acerca del acuerdo existente, entre los expertos, sobre los aspectos mínimos para la formulación de políticas orientadas a la implementación de dispositivos de aislamiento de personas. A partir de ello, resulta evidente que la formulación de la Estrategia de Residencias Sanitarias en Chile presentó insuficiencias que exigieron el desarrollo de acciones improvisadas por parte de los equipos implementadores.

Los actores dan cuenta de las condiciones en que debieron ser puestas en operación las residencias sanitarias, resultando especialmente relevantes las acciones improvisadas ante la premura temporal con que fue indicada la apertura de los recintos; el proceso de reclutamiento, selección, contratación e inducción del personal clínico; la falta de estandarización de procesos y procedimientos y la necesidad de su desarrollo local; la gestión de los recursos e implementos necesarios para el funcionamiento de los dispositivos; entre otros.

Si bien se ha considerado el valioso aporte de estrategias y soluciones emergentes, el desarrollo de diversas tareas en forma improvisada pone en evidencia las deficiencias de la Estrategia en términos de contemplar un adecuado proceso de implementación, considerando tiempos y formas de planificación adecuados, lineamientos específicos o generales que reduzcan la incertidumbre y la existencia de los recursos necesarios para abordar las dificultades emergentes.

Lo señalado exige considerar que, ante la necesidad de formular políticas similares en el futuro, el Estado de Chile carece de un plan de trabajo que permita contar con las establecidas por los expertos para enfrentar adecuadamente escenarios de emergencia sanitaria, pese a que resultan ampliamente conocidas, definidas y difundidas. Además, tal como expresan los actores, la falta de previsión impone dejar en manos de los profesionales encargados del desarrollo de la política el éxito de la misma, cuyo liderazgo, conocimientos y capacidad profesional resultó un aspecto tan contingencial como determinante para el éxito de la implementación de la Estrategia en el Servicio de Salud Metropolitano Norte.

En síntesis, la improvisación de tantas acciones da cuenta de un diseño insuficiente, que se vio excedido por la realidad enfrentada en la implementación de la estrategia.

5. Evaluación de la implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias

El Modelo de análisis de Walt y Gilson establece que la evaluación de la política desarrollada permite generar ajustes o reformulaciones al problema y su forma de abordaje. Por ello, resulta un problema fundamental el hecho de no contar con un proceso de evaluación formal de la Estrategia de Residencias Sanitarias, sea éste realizado a nivel del Servicio de Salud o del MINSAL con una perspectiva de conjunto.

En efecto, una de las tareas encomendadas al líder del Comité COVID, mediante designación del director del Servicio de Salud, por medio de la Resolución Exenta N° 690 del 31 de marzo de 2020, consiste en “(...) evaluar las estrategias para la red asistencial”. Sin embargo, en cada caso, los actores dan cuenta de la inexistencia de evaluaciones de la estrategia, a excepción de las auditorías efectuadas por Contraloría General de la República con el fin de observar la utilización de los recursos públicos durante la pandemia.

Claro está, la falta de evaluaciones asociadas al desarrollo de la Estrategia impide establecer las buenas prácticas y los aspectos a mejorar ante situaciones futuras que requieran de la formulación e implementación de políticas públicas similares.

6. Aspectos facilitadores y obstaculizadores para la implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias

Existen diversos aspectos que resultaron facilitadores u obstaculizadores para la implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias en el Servicio de Salud Metropolitano Norte. A continuación, se presentan organizados en aquellos existentes antes de la implementación misma y aquellos surgidos durante este proceso.

6.1. Aspectos facilitadores, existentes en el SSMN, al momento de implementar la Estrategia de Residencias Sanitarias

La estructuración del Comité COVID, como instancia articuladora de todas las fuerzas de tarea orientadas a enfrentar la pandemia, con la consecuente desarticulación de las estructuras habituales de funcionamiento en la Subdirección de Gestión Asistencial, resultó un aspecto facilitador para el desarrollo de la estrategia, en la medida que permitió establecer una estructura funcional con competencias interdisciplinarias y labores bien diferenciadas.

Por otro lado, las buenas relaciones entre el equipo de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud y los de las comunas del territorio de su jurisdicción resultó determinante en la obtención oportuna de los insumos necesarios para la implementación de las residencias sanitarias.

6.2. Aspectos facilitadores desarrollados, en el SSMN, durante la implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias

Entre los aspectos facilitadores emergentes durante el curso de la implementación de la estrategia residencias sanitarias, en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, destaca la plasticidad mostrada por los equipos de la Subdirección de Gestión Asistencial. Una de las instancias en que ello se pudo observar fue la capacidad de asumir la eliminación de la tradicional estructura organizacional y sus niveles, articulándose equipos en función de tareas específicas, orientadas directamente a la atención de usuarios.

El recurso humano con que se contaba y sus condiciones profesionales y personales es destacado por los actores como aspecto determinante en el éxito de la estrategia. En particular, resultaron

relevantes las características individuales de quienes asumieron responsabilidad de implementarla, especialmente en términos de habilidades, competencias, liderazgo, la forma de relacionarse interpersonalmente y capacidad de persuasión, pero sobre todo, por el compromiso mostrado, aspecto en que se sostuvo la estrategia.

El liderazgo es un atributo que resalta en el curso de la implementación, puesto que las habilidades para la gestión de equipos fueron consideradas como fundamental en la implementación de los dispositivos. Incluso más allá de las acciones de los referentes técnicos del Servicio de Salud, la inclusión de perfiles de gestión en la dirección de los equipos clínicos resultó particularmente facilitador para la coordinación y funcionamiento de los recintos, favoreciendo las acciones de vinculación con la red que realizaban los encargados de la residencia sanitaria desde el dispositivo y que resultaron significativas para la resolución de diversos problemas emergentes.

El trabajo interdisciplinario que realizaron los diferentes actores fue otro componente facilitador para el desarrollo de la estrategia, en la medida que permitió la transferencia de conocimientos y el abordaje de la implementación con un espectro amplio de miradas técnicas y saberes específicos complementarios, puestos al servicio de una tarea común.

Contar con una estructura clara de funcionamiento, así como con protocolos que definieran claramente las acciones a desarrollar para cada área de trabajo y el uso de implementos e insumos necesarios para poder brindar atención, es otro aspecto identificado como facilitador del trabajo desarrollado al interior de las residencias sanitarias.

6.3. Aspectos obstaculizadores, existentes en el SSMN, al momento de implementar la Estrategia de Residencias Sanitarias

Una dificultad relevante, al momento de implementar la estrategia de residencias sanitarias en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, fue la falta de conocimiento respecto de cómo actuar en condiciones de pandemia, por cuanto la última situación similar ocurrió hace un siglo, en condiciones tecnológicas diferentes y de la que no se cuenta con registros acerca de las acciones cotidianas efectuadas para su abordaje.

Otro de los aspectos que dificultó la implementación la Estrategia de Residencias Sanitarias (y las demás estrategias), fue que gran parte del equipo profesional de la Subdirección de Gestión Asistencial se acogió al teletrabajo no bien se comunicó la llegada de la pandemia a Chile, de modo que se contaba con pocos profesionales trabajando de manera presencial y con disposición para asumir los desafíos del momento.

Por su parte, las directrices ministeriales ofrecieron definiciones y lineamientos generales y poco claros, afectando la implementación en la medida que se debieron efectuar ajustes constantes a los objetivos establecidos para la estrategia, así como abordar las contradicciones entre las Orientaciones Técnicas y las actuaciones que efectivamente desarrollaban las diferentes instituciones del Estado involucradas en la estrategia.

Otra dificultad fue adecuar los hoteles donde se emplazarían las residencias sanitarias, debido especialmente a que los lugares carecían de las condiciones sanitarias para mantener, en un régimen de atención cerrada, a usuarios con una enfermedad respiratoria.

6.4. Aspectos obstaculizadores, desarrolladas en el SSMN, durante la implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias

Un aspecto que obstaculizó el trabajo efectuado durante la implementación de las residencias sanitarias fue la necesidad de desarrollar la función de dirección de los dispositivos. Se trataba de una actividad que no tenía horario definido para su realización y que resultó indispensable para abordar los permanentes problemas emergentes y la coordinación de la red, por lo que requirió la disponibilidad permanente, a todo horario, de los funcionarios a cargo de la estrategia, lo que no fue contemplado formalmente por el MINSAL y tampoco por el Servicio de Salud Metropolitano Norte. Antes bien, dependió únicamente de la voluntad de quienes desempeñaron esas labores, dado el carácter urgente de las situaciones enfrentadas, lo que generó un desgaste considerable en aquellos profesionales.

La producción y mantención actualizada de información administrativa fue una tarea que no estuvo contemplada en la planificación y asignación de funciones para el desarrollo de la Estrategia y que demandó una elevada cantidad de horas y atención permanente. Nunca se contrató ni se dispuso personal para dedicarse específicamente a esa labor, pese a resultar una necesidad evidente para la operación de las residencias sanitarias.

Debido a la escasez de tiempo con que fueron implementados los dispositivos y un mercado de trabajo con escasa oferta de profesionales, tampoco se contaba con el personal suficiente para mantener en operación los dispositivos, debiendo solicitarse a profesionales contratados para el desarrollo de otras estrategias sanitarias, que se encontraban ya en funcionamiento, que se hicieran parte de la Estrategia de Residencia Sanitarias.

Los problemas de coordinación entre unidades de diferentes subdirecciones del Servicio de Salud Metropolitano Norte, ocurridas al haberse delegado la responsabilidad de la estrategia en la Subdirección de Gestión Asistencial sin haber articulado el trabajo conjunto entre las diferentes instancias, restó la agilidad requerida para la obtención de insumos y recursos para desarrollar la estrategia. Las acciones de compra por parte de la Unidad de Abastecimiento y los procesos de reclutamiento, contratación, inducción, capacitación, control de asistencia y pago de servicios al personal clínico contratado para las residencias sanitarias, por parte de Recursos Humanos, constituyeron ejemplos icónicos de insularidad y desarticulación durante las acciones llevadas a cabo en pandemia por el Servicio de Salud.

Por otro lado, el funcionamiento del Comité COVID estuvo marcado por la escasa distribución de la información hacia los profesionales a cargo de la Estrategia, lo que llevó a su concentración en expertos clínicos tomadores de decisión y a la consecuente segregación de los demás funcionarios participantes de la implementación.

La falta de coordinación entre los distintos niveles de la red, tanto en términos administrativos como operativos, impidió contar con los recursos disponibles oportunamente, demorando la implementación de la estrategia en el Servicio de Salud Metropolitano Norte. Además, la desarticulación generó severas dificultades al cambiar de organismo administrador de las residencias sanitarias, desorganizando procesos que hasta antes de ello funcionaban con relativa

fluidez y afectando particularmente al personal clínico de los dispositivos. Grandes ejemplos de este problema lo constituyen, por un lado, el hecho de que, habiendo dejado de administrar los dispositivos, desde la propia SEREMI de Salud e incluso desde el MINSAL continuaban solicitando información propia de dicha función; y por otro, que el traspaso de la responsabilidad de la contratación de los servicios de hotelería al Servicio de Salud y el posterior proceso de pago, que estuvo determinado por la información cambiante acerca de los montos a pagar, de parte del MINSAL, produjeron dificultades administrativas que afectaron la oportunidad en el pago de servicios.

Por tratarse las residencias sanitarias de dispositivos nuevos, se esperaba poder desarrollar protocolos a partir de la experiencia obtenida durante las primeras semanas de trabajo. No obstante, la falta de personal y la rotación de éste, así como las acciones paralelamente ejecutadas, generaron un desorden que evidenció la falta de organización previa con que se pusieron en operación los recintos y la necesidad de contar con indicaciones para el funcionamiento provenientes desde el Nivel Central, quedando los protocolos establecidos a nivel de indicaciones orales, como un uso local y excepcionalmente en documentos orientadores de algunas tareas específicas.

A lo anterior se sumó la falta de los implementos necesarios para efectuar las prestaciones sanitarias a los usuarios bajo el cuidado de los equipos clínicos en los dispositivos, debiendo solicitarse la colaboración de otros Servicios de Salud y de las comunas del territorio para resolver el problema. Incluso los propios funcionarios a cargo de la estrategia debieron activar sus redes y recursos personales para subsanar dicho déficit.

La recepción de usuarios, que llegaban en grandes cantidades, fue una complicación en términos operativos, puesto que no contaban los hoteles, donde operaban las residencias sanitarias, con las condiciones de infraestructura para ofrecer una recepción más fluida.

Durante la implementación se hizo evidente la necesidad de contar con profesionales disponibles en todo horario, aspecto no considerado en el diseño de la estrategia. Ante ello, los profesionales a cargo de los dispositivos cumplieron funciones en horarios que excedieron su jornada laboral ordinaria.

VII. CONCLUSIONES

La Estrategia de Residencias Sanitarias forma parte de una estrategia más amplia, la de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento, desarrollada como la principal acción sanitaria para enfrentar la pandemia mundial por COVID-19 en Chile. Su especificidad está dada por la implementación de dispositivos de aislamiento social para la realización de cuarentena de la población que, a causa de sus condiciones socio habitacionales, no pudieran efectuarla en su hogar y su formalización se establece a través del documento Protocolo de coordinación de acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento, documento por el cual se ordenaron los lineamientos y orientaciones que debían llevar al cumplimiento de los objetivos propuestos. No obstante, las indicaciones resultaron tan generales y enfocadas en aspectos administrativos que se requirió de ajustes permanentes en los distintos niveles decisionales del espacio burocrático-administrativo.

La estrategia presentada da cuenta del incumplimiento, por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, de los deberes legales que le corresponden en su función de establecer una normativa que contemple los aspectos necesarios para el funcionamiento de los dispositivos sanitarios, incluidos los protocolos correspondientes y de prever la administración del financiamiento de las acciones de salud pública, programas y acciones financiadas por el Estado, incluidos los brotes y epidemias. En su lugar, se generaron orientaciones técnicas generales, que no incluyen consideraciones relevantes del funcionamiento de las residencias sanitarias, sin protocolos de actuación y sin la entrega de recursos en forma oportuna, impidiendo al Servicio de Salud ejecutar el mandato de implementar la estrategia hasta que pudo contar con ellos y obligando a esta agencia a subsanar las omisiones señaladas.

Por otra parte, la estrategia formulada da cuenta de la falta de consideración por los modelos y enfoques teórico-prácticos que soportan y orientan la articulación de la red sanitaria chilena. Así, mientras que el modelo de RISS y el enfoque APS propician una prestación de servicios de salud más eficientes, de mejor calidad técnica, equitativos e integrales, buscando garantizar el derecho a la salud, la cohesión social, la disminución de la desigualdad entre sectores socioeconómicos y la exclusión social del sistema de prestaciones de salud, promoviendo un uso racional y eficiente de los recursos, disminuyendo la fragmentación, la Estrategia de Residencias Sanitarias ofrece un marco normativo que favorece la fragmentación de los servicios en red; la prestación de servicios de baja calidad técnica; con baja capacidad resolutoria; mediante el uso irracional e ineficiente de recursos; en forma inconsistente con el modelo de atención territorial; con incongruencia entre las necesidades de las personas y los servicios ofrecidos; en base a nociones que comprenden a la persona en forma individual, en lugar de formando parte de su familia y comunidad; y segregando a la población según características socioeconómicas, afectando la cohesión social, aumentando la desigualdad y vulnerando los derechos humanos y de la ciudadanía.

En este contexto, las residencias sanitarias se incorporan como dispositivos de la red de salud, inicialmente en un formato homologable a extensiones del hogar de las personas, pero que terminan funcionando como dispositivos de atención cerrada, sin las condiciones necesarias para prestar la atención requerida por personas con una enfermedad respiratoria altamente contagiosa y con elevada probabilidad de agravamiento de su estado de salud. Además, no contaban con una articulación formal en el circuito de referencia y contrarreferencia de la red de salud, de modo que esa posibilidad estuvo dada porque los funcionarios del Servicio de Salud habitualmente gestionan la red.

Uno de los problemas relevantes que una implementación de dispositivos con estas características conlleva es que, al proveer servicios similares a los de atención primaria, pero sin capacidad resolutoria, los termina transformando en centros derivadores de personas requirentes de atención de servicios de emergencia, con alta probabilidad de cursar hospitalizaciones prolongadas en camas críticas en el nivel de especialidad, aspecto especialmente delicado durante el curso de una pandemia por el atochamiento del sistema sanitario completo y la mayor probabilidad de mutación del virus.

Desde una perspectiva técnica y ética, el acuerdo de la comunidad científica es que la implementación de dispositivos de aislamiento de personas deben contar con un diseño prolijo, por cuanto deben constituir la primera línea de defensa contra la pandemia, y ofrecer las condiciones mínimas de funcionamiento, especialmente aquellas relacionadas con requerimientos físicos, como ventilación de espacios; implementos suficientes para la atención; capacitación del personal; y servicios de higiene adecuados, entre otros. Sin embargo, en el caso del Servicio de Salud Metropolitano Norte, la implementación de las residencias sanitarias se desarrolló desatendiendo cada uno de los puntos señalados.

Contar con elementos de protección personal suficientes se considera un mínimo ético para poner en funcionamiento recintos de estas características. Sin embargo, resulta evidente que ello no estaba garantizado en la implementación de residencias sanitarias desarrollada por el Servicio de Salud Metropolitano Norte, del mismo modo como no se ofrecieron las condiciones de cuidado que requieren el personal de salud, tanto física (descansos suficientes, instalaciones suficientes para el lavado de manos, etc.) como mental (apoyo institucional, reconocimiento del trabajo, rotación de equipos, personal sin experiencia trabajando junto a personal experimentado, etc.).

El desarrollo de la Estrategia requirió de una serie de coordinaciones con otros niveles de la red que no estaban contemplados en el diseño ni en los lineamientos formalmente establecidos. Al respecto, lo más significativo estuvo dado, de un lado, por los problemas que generó la entrega de información errática e indicaciones contradictorias de parte del MINSAL; y de otro, por los problemas en la articulación con la SEREMI de Salud para la atención de usuarios.

El equipo de la Subdirección de Gestión Asistencial, a cargo de la implementación de los recintos, enfrentó a la necesidad de establecer coordinaciones con otras subdirecciones y unidades del Servicio de Salud, evidenciándose la insularidad con que funcionan los diferentes equipos al interior la organización, así como la falta de liderazgo y dirección de parte del Jefe del Servicio, quien delegó la responsabilidad de implementar la estrategia en la subdirección señalada, sin generar las coordinaciones con las otras subdirecciones, las que terminaron exigiendo al equipo implementador que se ajustara a la normativa, mostrando una falta de sincronía con la urgencia que requería la toma de decisiones para el funcionamiento de la estrategia.

La fase de implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias estuvo caracterizada por el desacople entre el diseño y los resultados obtenidos, la necesidad de desarrollar soluciones creativas a problemas emergentes y la discrecionalidad de las decisiones por parte de los agentes implementadores. Esto se vio favorecido al tratarse de una estrategia de baja formalidad, aunque desarrollada en un contexto situacional que lleva a decretar Estado de Excepción Constitucional;

un contexto internacional determinado por la pandemia mundial por COVID, la colaboración global articulada por organismos de salud especializados (OMS y OPS) y factores estructurales, como las facultades extraordinarias con que cuenta el Poder Ejecutivo, todo lo que favorece su viabilidad, especialmente si se considera que se trata de un cambio significativo, que por las condiciones señaladas, carece de oposición y disenso.

Pese a lo expuesto, los objetivos propuestos en el diseño de la Estrategia sufrieron modificaciones. Si bien siempre se buscó facilitar el aislamiento y disminuir la transmisión de la enfermedad, los beneficiarios inicialmente definidos resultaron diferentes de los beneficiarios finales. Del mismo modo, las formas de control laxas, los líderes de agencias distanciados del diseño de la política y la falta de apoyo de electores y grupos de interés favorecieron el predominio del imperativo burocrático-administrativo por sobre el imperativo legal, definiendo un proceso de implementación caracterizado por la adecuación organizacional, la discreción y adaptación burocrática, y el liderazgo y competencia de los agentes a cargo de la estrategia por sobre las fuerzas de búsqueda de racionalidad y relaciones de poder, más características de periodos de “normalidad” y políticas públicas de largo aliento.

Coherentemente, la estrategia sufrió ajustes en cada nivel decisional, transformando la Estrategia de Residencias Sanitarias en una estrategia sombrilla, más por la necesidad de los implementadores de salvar las omisiones y reparar el diseño que como resultado de una decisión deliberada. Esto dio paso a la emergencia de nuevos liderazgos y estrategias desconectadas que merecen ser estudiadas en futuras investigaciones, por tener la potencialidad de aportar luces sobre buenas prácticas que deben ser rescatadas e importadas ante nuevas situaciones similares.

Los ajustes señalados tuvieron expresión no solo a nivel de objetivos y beneficiarios, sino también en las condiciones y espacios de los hoteles donde se emplazaron las residencias sanitarias, por ser recintos que no cuentan con las condiciones para instalar dispositivos de salud; el desarrollo de protocolos, y en la generación de sistemas de registro y trazabilidad de las acciones. Pero especialmente, resultan visibles en la serie de acciones que debieron ser improvisadas para dar cumplimiento al mandato de la estrategia y las indicaciones emanadas desde el MINSAL, como la premura temporal con que se realizó la apertura de los recintos; el proceso de reclutamiento, selección, contratación e inducción del personal clínico; la creación local de procesos y procedimientos; la gestión de los recursos e implementos necesarios para el funcionamiento de los dispositivos; entre otros.

La observación de la implementación de la Estrategia de Residencias Sanitarias en el Servicio de Salud Metropolitano Norte ofrece aspectos significativos a considerar por los organismos y agentes implementadores de dispositivos similares en el futuro. Entre ellos, destacan la necesidad de generar formas de articulación eficiente entre diferentes niveles de la red y la coordinación interinstitucional; lo favorable de tener equipos con alta plasticidad y capacidad de reestructuración; contar con personal comprometido y con características personales que faciliten el desarrollo de iniciativas y la dirección de equipos; la composición interdisciplinaria de los grupos tomadores de decisión; y la estructuración clara de niveles jerárquicos en los equipos de emergencia, así como el espacio decisional según competencias profesionales.

Del mismo modo, la experiencia observada invita a abordar de mejor forma los aspectos que dificultaron la implementación de la estrategia. Entre ellos, la falta de conocimiento respecto de cómo actuar en una situación de emergencia sanitaria; contar con profesionales a cargo de la gestión

de los dispositivos en condiciones que viabilicen su funcionamiento continuado; disponer de personal con dedicación exclusiva a tareas administrativas y gestión documental y sistemas estandarizados de registro y trazabilidad de las acciones; disponer de tiempo suficiente para planificar la implementación de los dispositivos y diseñar los procesos, procedimientos y protocolos correspondientes; y contar de manera oportuna con los recursos necesarios para garantizar las atenciones de los usuarios y el cuidado del personal.

Asimismo, esta experiencia resulta interesante desde el punto de vista de las fuerzas que se pusieron en juego para desarrollar la capacidad de gestión necesaria para la implementación, llamando especialmente la atención la capacidad de adecuación organizacional de este sector de la salud, el que en general actúa de manera bastante estandarizada y protocolizada, pero que ante la dimensión del desafío logra desarrollar un espacio de flexibilidad forzado, que apoya la implementación.

Desde el punto de vista de la discreción y adaptación burocrática, también es interesante observar, en este caso, que las lógicas puestas a disposición de la capacidad de gestión dan cuenta del desarrollo de intraemprendimiento en capas de la organización que no siempre están en el espacio formal de la toma de decisiones, pero que, dada su relación directa con el desafío de implementar, despliegan capacidades que habitualmente no les son requeridas. Se trata de una capacidad potencial que debe ser abordada e incorporada como activo frente a futuros desafíos.

Cabe hacer un alcance acerca del grado de incertidumbre que existe al momento de diseñar y analizar políticas con características como la que aquí se ha estudiado, puesto que no se cuenta con conocimiento, experiencias o contextos similares previos. Así, si bien la burocracia debiese prever condiciones excepcionales para desplegar estrategias en estos contextos, la magnitud del problema puede dejar espacios que ameriten ampliar las capacidades de acción del Estado en forma circunstancial.

De acuerdo con lo anterior, el liderazgo y competencia profesional revelan un activo importante del sector, el mismo que debe ser visto con mayor atención y estudiado en análisis futuros a objeto de capturar el valor allí existente, para efectos no sólo de abordar situaciones excepcionales sino que con miras a generar valor en la gestión habitual de este y otros Servicios de Salud.

Cobra relevancia el hecho de que la estrategia no cuente con una evaluación formal desarrollada por las agencias involucradas, aspecto fundamental de cara al futuro, en la medida que los aprendizajes obtenidos en la gestión de las residencias sanitarias pueden ofrecer conocimientos invaluable para la implementación futura de dispositivos de aislamiento en condiciones de emergencia.

Junto con lo ya expuesto, resulta necesario considerar las recomendaciones de los expertos acerca de desarrollar capacitación formal en forma estricta, sistemática y regular, así como considerar la construcción de dispositivos de aislamiento en lugares con condiciones adecuadas, especialmente ventilación de espacios, con procesos estandarizados y garantizando los recursos necesarios para su funcionamiento.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, L. (1992). El estudio de las políticas públicas. *Antologías I*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Aguilar, L. (1997). Problemas públicos y agenda de gobierno. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Alavian, G., Kolahdouzan, K., Mortezaadeh, M., & Torabi, Z. S. (2020). Antiretrovirals for Prophylaxis Against COVID-19: A Comprehensive Literature Review. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 61(5), 581–590. <https://doi.org/10.1002/jcph.1788>.
- Aronson, J. et al. (2020). “When will it be over?”: An introduction to viral reproduction numbers, R0 and Re. Recuperado 1 de noviembre de 2020, de <https://www.cebm.net/covid-19/when-will-it-be-over-an-introduction-to-viral-reproduction-numbers-r0-and-re/>.
- Arzaluz, S. (2005). La utilización del estudio de caso en el análisis local. *Región y sociedad*, Vol. XVII, N^o 32. ISSN 0188-7408.
- Ayala, M. (2017). *Desarrollo histórico de seguridad social y atención de salud*. Síntesis. Biblioteca digital dinámica para estudiantes y profesionales de la salud. Recuperado 26 de noviembre de 2021, de <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/otorrinolaringologia/1325-7-01-3-034>.
- Barzelay, M. & Cortázar, J. (2004). Una guía práctica para la elaboración de estudios de caso sobre buenas prácticas en gerencia social. Washington, D. C.: Banco Interamericano del Desarrollo.
- Bardach, E. (1998). Getting Agencies to Work Together. The Practices and Theory of Managerial Craftsmanship. Washington: The Brookings Institution.
- Bonati, M. (2020). Perché la Lombardia è un’anomalia evidenziata dalla Covid-19. Recuperado 5 de noviembre de 2020, de <https://www.cebm.net/wp-content/uploads/2020/04/Lombardy-an-outlier-in-the-Covid-19-pandemic.pdf>.
- Bonilla-García, M. N., & López-Suárez, A. D. (2016). Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. *Cinta de moebio*, 57, 305–315. <https://doi.org/10.4067/s0717-554x2016000300006>.
- Bonnefoy, P., & Londoño, E. (2021, 28 septiembre). Una ola de coronavirus azota Chile, a pesar del éxito de vacunación. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/es/2021/03/30/espanol/chile-vacunacion.html>
- Bobrovitz, N. et al. (2020). Preventing non-COVID-19 hospital admissions during a pandemic: a rapid overview of the evidence for high-value medications. Recuperado 1 de noviembre de 2020, de <https://www.cebm.net/covid-19/preventing-non-covid-19-hospital-admissions-during-a-pandemic-a-rapid-overview-of-the-evidence-for-high-value-medications/>

- Bricknell, L., & Trott, D. (2020, 4 mayo). Sanitising the city: does spraying the streets work against coronavirus? *The Conversation*. Recuperado 8 de enero de 2022, de <https://theconversation.com/sanitising-the-city-does-spraying-the-streets-work-against-coronavirus-136966>.
- Centro Cochrane Iberoamérica (2020). El valor D-dímero está asociado a la gravedad de los pacientes con la COVID-19. Recuperado 1 de noviembre de 2020, de <https://es.cochrane.org/es/recursos/evidencias-covid-19/el-valor-d-d%C3%ADmero-est%C3%A1-asociado-la-gravedad-de-los-pacientes-con-la>.
- Cerpa, E. (2020a). *RE: Residencia Sanitaria*. [Correo electrónico].
- Cerpa, E. (2020b). *RE: Decreto Residencias Sanitarias*. [Correo electrónico].
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. SAGE Publications.
- Chile Atiende (s.f.). Pase de movilidad. Recuperado 9 de agosto de 2021, de <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/93514-pase-de-movilidad>.
- Chile muestra que las vacunas no son toda la solución a pandemia, avisa OMS. (2021, 7 junio). Swissinfo.ch. https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-vacunas_chile-muestra-que-las-vacunas-no-son-toda-la-soluci%C3%B3n-a-pandemia--avisa-oms/46684912.
- Chin, A. W. H., Chu, J. T. S., Perera, M. R. A., Hui, K. P. Y., Yen, H. L., Chan, M. C. W., Peiris, M., & Poon, L. L. M. (2020). Stability of SARS-CoV-2 in different environmental conditions. *The Lancet Microbe*, 1(1), e10. [https://doi.org/10.1016/s2666-5247\(20\)30003-3](https://doi.org/10.1016/s2666-5247(20)30003-3).
- Cheng, H-Y et al. (2020). High transmissibility of COVID-19 near symptom onset. Recuperado 1 de noviembre de 2020, de <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.18.20034561v1.full.pdf>.
- Chetty, S. (1996). The case study method for research in small- and medium – sized firms. *International small business journal*, Vol. 15, pp. 73-85.
- Coles, B. et al. (2020). What is the effectiveness of protective gowns and aprons against COVID-19 in primary care settings? Recuperado 1 de noviembre de 2020, de <https://www.cebm.net/covid-19/what-is-the-effectiveness-of-protective-gowns-and-aprons-against-covid-19-in-primary-care-settings/>
- Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (1978). Declaración de Alma-Ata. Recuperado 17 de octubre de 2020, de <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>.
- Contraloría General de la República de Chile [CGR] (2020a). Resumen Ejecutivo Oficio Final N° 630-A, de 2020, sobre primeros resultados de la auditoría de habilitación de la infraestructura de salud de emergencia desarrollada por la Subsecretaría de Redes

Asistenciales para afrontar los efectos de la pandemia por COVID-19. Oficio N° E72190 / 2021.

- Contraloría General de la República de Chile [CGR] (2020b). Resumen Ejecutivo Informe Final N° 524, de 2020. *Auditoría a la habilitación y funcionamiento de la Residencia Sanitaria denominada Hotel Capital San Pablo, por parte del Servicio de Salud Metropolitano Norte, destinada a afrontar los efectos de la pandemia por COVID-19.*
- Contraloría General de la República de Chile [CGR] (2020c). Resumen Ejecutivo Oficio Final N° 434, de 2020. *Auditoría a la habilitación y funcionamiento de la Residencia Sanitaria denominada Hotel Radisson, por parte del Servicio de Salud Metropolitano Norte, destinada a afrontar los efectos de la pandemia por COVID-19.*
- Contraloría General de la República de Chile [CGR] (2020d). Resumen Ejecutivo Oficio Final N° 435, de 2020, sobre Auditoría a la habilitación y funcionamiento de la Residencia Sanitaria denominada Hotel Tremo, torres A, B y C, desarrollada por el Servicio de Salud Metropolitano Norte, *destinada a afrontar los efectos de la pandemia por COVID-19.*
- DIVAP (s.f.). Residencias Sanitarias. Plan de Acción Coronavirus. COVID-19. *Protocolo de residencias sanitarias.*
- Elmore, R. F. (1979). Backward Mapping: Implementation Research and Policy Decisions. *Political Science Quarterly*, 94(4), 601. <https://doi.org/10.2307/2149628>.
- Feagin, J. Orum, A., Sjoberg, G. (1991). A case for case study. University of North Carolina Press: Chapel Hill.
- Ferner, R. (2020). Hand disinfectant and COVID-19. Recuperado 5 de noviembre de 2020, de <https://www.cebm.net/covid-19/hand-disinfectant-and-covid-19/>.
- Flores, A. (2020). *Re:Residencias Sanitarias*. [Correo electrónico].
- Ford, N., Vitoria, M., Rangaraj, A., Norris, S. L., Calmy, A., & Doherty, M. (2020). Systematic review of the efficacy and safety of antiretroviral drugs against SARS, MERS or COVID-19: initial assessment. *Journal of the International AIDS Society*, 23(4). <https://doi.org/10.1002/jia2.25489>.
- García-Altés, A. & Arginmon, M. (2016). La pública en la toma de decisiones de salud pública. Recuperado 14 de septiembre de 2021, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116300954?via%3Dihub>.
- Gobierno Transparente (s.f.). Recuperado el 19 de julio de 2021, de <http://webhosting.redsalud.gov.cl/transparencia/public/seremirm/facultades.html>.
- Goldsmith, C. et al. (2004). Ultrastructural Characterization of SARS Coronavirus. Recuperado 12 de noviembre de 2020, de https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/10/2/03-0913_article.

- Greenhalgh, T., Jimenez, J. L., Prather, K. A., Tufekci, Z., Fisman, D., & Schooley, R. (2021). Ten scientific reasons in support of airborne transmission of SARS-CoV-2. *The Lancet*, 397(10285), 1603–1605. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00869-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00869-2).
- Gutiérrez, M. (2020a). *RV: Propuesta Hotel Residencia Sanitaria – Radisson Ciudad empresarial*. [Correo electrónico].
- Gutiérrez, M. (2020b). *RV: Residencias sanitarias*. [Correo electrónico].
- Hartmann-Boyce, J. et al. (20/03/2020). Maximising mobility in older people when isolated with COVID-19. Recuperado 1 de noviembre de 2020, de <https://www.cebm.net/covid-19/maximising-mobility-in-the-older-people-when-isolated-with-covid-19/>.
- He, X. et al. (2020). Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. Recuperado 1 de noviembre de 2020, de <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.15.20036707v2>.
- Heneghan, C., Brassey, J. Jefferson, T. (2020). SARS-Cov-2 viral load and the severity of COVID-19. Recuperado 21 de octubre de 2020, de <https://www.cebm.net/covid-19/sars-cov-2-viral-load-and-the-severity-of-covid-19/>.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., . . . Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10223), 497–506. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30183-5).
- Jefferson, T. (2020). COVID-19 – The great plague of Lombardy – a not so distant resonance chamber. Recuperado 5 de noviembre de 2020, de <https://www.cebm.net/covid-19/covid-19-the-great-plague-of-lombardy-a-not-so-distant-resonance-chamber/>.
- Jefferson, T., Bonati, M., Heneghan, C. (2020). Recuperado 6 de noviembre de 2020, de <https://www.cebm.net/covid-19/covid-19-is-lombardy-the-widow-of-hampstead/>.
- Jenkins, L. (2020). Staying at home with severe Covid-19: risks to family and carers. Recuperado 10 de noviembre de 2020, de <https://www.cebm.net/covid-19/staying-at-home-with-severe-covid-19-risks-to-family-and-carers/>.
- Jing, Q. L., Liu, M. J., Zhang, Z. B., Fang, L. Q., Yuan, J., Zhang, A. R., Dean, N. E., Luo, L., Ma, M. M., Longini, I., Kenah, E., Lu, Y., Ma, Y., Jalali, N., Yang, Z. C., & Yang, Y. (2020). Household secondary attack rate of COVID-19 and associated determinants in Guangzhou, China: a retrospective cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(10), 1141–1150. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30471-0](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30471-0)
- Isalvatore, D. (2020). *Residencias Sanitarias RM* [Correo electrónico].
- Ishihara, S. (2020a). *Residencia Sanitaria*. [Correo electrónico].
- Ishihara, S. (2020b). *Residencias sanitarias*. [Correo electrónico].

- Ishihara, S. (2020c). *Solicita regularización de pago de Hotel Radisson*. [Memo N° 402 de 2020].
- Ishihara, S. (2020d). *Solicita compra directa Residencia sanitaria Tremo*. [Memo N° 322].
- Ishihara, S. (2020e). *Solicita modificar Memo 322* [Memo N° 341 de 2020].
- Koshkouei, M., Abel, L. & Pilbeam, C. (2020). How can pandemic spreads be contained in care homes? Recuperado 1 de noviembre de 2020, de <https://www.cebm.net/covid-19/how-can-pandemic-spreads-be-contained-in-care-homes/>
- Lahera, E. (2006). Del dicho al hecho: ¿cómo implementar las políticas? Redalyc.org. Recuperado 22 de junio de 2023, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357533667002>.
- Ley N° 19.937 (2004). Modifica el D. L. N° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Recuperado 4 de abril de 2021, de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=221629>.
- Ley N° 20.730 (2014). Regula el lobby y las gestiones que representen intereses particulares ante las autoridades y funcionarios. Recuperado 12 de diciembre de 2021, de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1060115>.
- Li, G., Wang, X., Li, Z., Huang, X., Li, C., & Tian, J. (2021). Fever clinics in China at the early stage of the COVID-19 pandemic. *International Journal of Clinical Practice*, 75(5). <https://doi.org/10.1111/ijcp.14125>.
- Li, W. et al. (2003). Angiotensin-converting enzyme 2 is a functional receptor for the SARS coronavirus. *Nature*, 426(6965), 450–454. <https://doi.org/10.1038/nature02145>.
- Lilleker et al. (2021). *Political Communication and COVID-19. Governance and rhetoric in times of crisis*. ISBN 9780367636791.
- Lilleker, D. (2021, 11 marzo). Un año de pandemia: dos países que lo hicieron bien y tres que lo hicieron mal. *The Conversation*. <https://theconversation.com/un-ano-de-pandemia-dos-paises-que-lo-hicieron-bien-y-tres-que-lo-hicieron-mal-156969>.
- Michael Lipsky. *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation, 1980. (1980). *Politics & Society*, 10(1), 116. <https://doi.org/10.1177/003232928001000113>.
- Mahon, J., Jefferson, T., Heneghan, C. (2020). Are COVID-19 patients in hospital or admitted to hospital? Recuperado 1 de noviembre de 2020, de <https://www.cebm.net/covid-19/are-covid-19-patients-in-hospital-or-admitted-to-hospital/>
- Mahtani, K., Heneghan, C. & Aronson, K. (2020). What is the evidence for social distancing during global pandemics? Recuperado 1 de noviembre de 2020, de <https://www.cebm.net/covid-19/what-is-the-evidence-for-social-distancing-during-global-pandemics/>.

- Majone, G. (1997). Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas públicas. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Marqués, M., & Domingo, J. L. (2021). Contamination of inert surfaces by SARS-CoV-2: Persistence, stability and infectivity. A review. *Environmental Research*, 193, 110559. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110559>.
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Revista Científica Pensamiento y Gestión*, 20(50), 165–193.
- McCall, M., Nunan, D & Heneghan, C. (2020). Is a 14-day quarantine effective against the spread of COVID-19? Recuperado 5 de noviembre de 2020, de <https://www.cebm.net/covid-19/is-a-14-day-quarantine-effective-against-the-spread-of-covid-19/>.
- McNamara, D. (2020, 17 julio). Unexpected: Higher Viral Loads Seen in Less Severe COVID-19. *Medscape*. Recuperado 10 de noviembre de 2020, de https://www.medscape.com/viewarticle/934147#vp_2.
- Menachery, V. D., Yount, B. L., Debbink, K., Agnihothram, S., Gralinski, L. E., Plante, J. A., Graham, R. L., Scobey, T., Ge, X. Y., Donaldson, E. F., Randell, S. H., Lanzavecchia, A., Marasco, W. A., Shi, Z. L., & Baric, R. S. (2015). A SARS-like cluster of circulating bat coronaviruses shows potential for human emergence. *Nature Medicine*, 21(12), 1508–1513. <https://doi.org/10.1038/nm.3985>.
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (2008). Dto. 230 (2008) M. de Relaciones Exteriores | Ley Chile. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. www.bcn.cl/leychile. Recuperado 23 de octubre de 2021, de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=284068>.
- Ministerio de Relaciones Exteriores (s.f.). Plan de fronteras protegidas. Recuperado 19 de agosto de 2021, de <https://chile.gob.cl/chile/ingreso-a-chile-desde-el-exterior>.
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2020). Decreto 104 (13-mar-2020) M. del Interior y Seguridad Pública; Subsecretaría del Interior | Ley Chile. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. www.bcn.cl/leychile. Recuperado 23 de octubre de 2021, de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1143580>.
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2021). Decreto 72 (18-mar-2020) M. del Interior y Seguridad Pública; Subsecretaría del Interior | Ley Chile. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. www.bcn.cl/leychile. Recuperado 29 de mayo de 2023, de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1156903&idParte=&idVersion=>.
- Mintzberg, H. (1995). Una estrategia emergente para la política pública. *Gestión y Política Pública*, vol. IV, número 1, primer semestre.
- MINSAL (2004). Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. Recuperado 4 de abril de 2021, de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=237231>.

- MINSAL (2018). Informe de implementación Estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en el Sistema Público de Salud período 2014-2017. Recuperado 12 diciembre de 2021, de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Informe-de-implementaci%C3%B3n-estrategia-RISS.pdf>.
- MINSAL, (2020a). Decreto 4 (08-feb-2020) Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública | Ley Chile. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. www.bcn.cl/leychile. Recuperado 23 de octubre de 2021, de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1142163>.
- MINSAL (2020b); Subsecretaría de Redes Asistenciales; DIVAP. Ord. C5 N° 1675 de 3 de junio de 2020. Términos de Referencia Residencia Sanitaria.
- MINSAL (2020c); Subsecretaría de Redes Asistenciales; DIVAP. Ord. C5 N° 1679 de 3 de junio de 2020. Términos de Referencia Residencia Sanitaria.
- MINSAL (2020c). Resolución Exenta N° 419 de 4 de junio de 2020.
- MINSAL (2020d). Ord. C N° 1983 de 30 de junio de 2020. *Instruye medidas para el traspaso de Residencias Sanitarias a SEREMI de Salud*.
- MINSAL (s.f.). Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento.
- Montenegro, G., Carmona, A., & Franco-Giraldo, L. (2021). Modelos para el análisis de políticas públicas en salud reportados en publicaciones científicas. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 270–281. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.11.007>.
- Moore, M (1998). *Gestión Estratégica y Creación de Valor en el Sector Público*. Buenos Aires: Paidós.
- Newlove-Delgado, T. et al. (2020). What questions are priority areas for primary care during the COVID-19 pandemic? A rapid question generation and prioritisation exercise. Recuperado 1 de noviembre de 2020, de <https://www.cebm.net/covid-19/what-questions-are-priority-areas-for-primary-care-during-the-covid-19-pandemic-a-rapid-question-generation-and-prioritisation-exercise/>
- Nuham, D. et al. (2020). COVID-19 Symptoms Tracker. Recuperado 1 de noviembre de 2020, de <https://www.cebm.net/covid-19/covid-19-signs-and-symptoms-tracker/>.
- Olavarría, M. (2017). Implementación de políticas públicas: lecciones para el diseño. Análisis de los casos de modernización de la gestión pública y de la reforma de salud en Chile. <https://www.redalyc.org/journal/3575/357550203004/html/#:~:text=La%20implementaci%C3%B3n%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas%20puede%20ser%20vista%20como%20la,a%20las%20intervenciones%20del%20Estado>.
- ONU (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado 17 de octubre de 2020, de <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>.

- OMS (2019). Recuperado 17 de octubre de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care#:~:text=El%20enfoque%20de%20atenci%C3%B3n%20primaria,la%20salud%20y%20el%20bienestar.>
- OMS (2020). Limpieza y desinfección de las superficies del entorno. Recuperado 12 de noviembre de 2020, de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332168/WHO-2019-nCoV-Disinfection-2020.1-spa.pdf>.
- OMS toma a Chile como ejemplo de que las vacunas no son toda la solución a pandemia (2021, 8 de junio). CNNChile. https://www.cnnchile.com/coronavirus/oms-chile-ejemplo-vacunas-solucion-pandemia_20210608/.
- OPS (s.f.). Recuperado el 27 de abril de 2023, de <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops>
- OPS (2005a). Declaración de Montevideo. Recuperado 17 de octubre de 2020, de <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-montevideo-nuevas-orientaciones-atencion-primaria-salud-2005>.
- OPS (2005b). Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la salud en materia de atención primaria. La renovación de la atención primaria de salud en Las Américas: orientación estratégica y programática para la Organización Panamericana de la salud. Recuperado el 17 de octubre de 2021, de <https://www3.paho.org/spanish/GOV/CD/cd46-13-s.pdf>.
- OPS (2007). La función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional. Desempeño y fortalecimiento. Recuperado 4 de abril de 2021, de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion_Rectora_ASN.pdf.
- OPS (2010). Redes Integradas de los Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. OPS: Washington, D. C.
- Pacheco, Y. (2014). Políticas de salud y actividad física para la prevención de la obesidad infantil en dos ciudades de México. Tesis para la obtención del grado de Magister de la Maestría en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública, Escuela de Salud Pública de México.
- Pachetti, M., Marini, B., Benedetti, F. et al. Emerging SARS-CoV-2 mutation hot spots include a novel RNA-dependent-RNA polymerase variant. *J Transl Med* 18, 179 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02344-6>
- Ponce, E. (2021, 3 septiembre). *Ministerio de Salud: estructura y funciones* [Diapositivas]. <https://saludresponde.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/Presentacion-estructura-minsal.pdf>.
- Quiroz, J. (2020a). *RE: Cotización Residencia Sanitaria SSMN*. [Correo electrónico].

- Quiroz, J. (2020b). *Residencias Sanitarias Metro Norte.xlsx*. [Correo electrónico].
- Quiroz, J. (2020c). *RE: Inicio operaciones Residencias Sanitarias*. [Correo electrónico].
- Rein, M., & Rabinovitz, F. (1978). Implementation: A Theoretical Perspective. En *American Politics and Public Policy*. Walter Dean Burnham and Martha W. Weinberg.
- Revuelta, B. (2007). La implementación de políticas públicas. Redalyc.org. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72001610>.
- Saavedra, R. (2020). *RV: Inicio operaciones Residencias Sanitarias*. [Correo electrónico].
- Sabatier, P., & Mazmanian, D. (1979). The Conditions of Effective Implementation: A Guide to Accomplishing Policy Objectives on JSTOR. *Policy Analysis*, 5(4), 481-504. <https://www.jstor.org/stable/42783358>
- Sabatier, P., & Mazmanian, D. (1980). The implementation of public policy: a framework of analysis. *Policy Studies Journal*, 8(4), 538-560. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.1980.tb01266.x>
- Sanjuán, R., & Domingo-Calap, P. (2016). Mechanisms of viral mutation. *Cellular and Molecular Life Sciences*, 73(23), 4433–4448. <https://doi.org/10.1007/s00018-016-2299-6>.
- San Martín, Daniel. (2014). Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 16(1), 104-122. Recuperado 1 de enero de 2022, de <https://www.redalyc.org/pdf/155/15530561008.pdf>.
- Sepúlveda, N. (2023). Las cifras de las residencias sanitarias: «Los contratos firmados por la dirección son por cama se use o no se use, con valores muy fuera de banda». CIPER Chile. <https://www.ciperchile.cl/2023/06/22/las-cifras-de-las-residencias-sanitarias-los-contratos-firmados-por-la-direccion-son-por-cama-se-use-o-no-se-use-con-valores-muy-fuera-de-banda/>
- Seyer, A., & Sanlidag, T. (2020, 1 mayo). Solar ultraviolet radiation sensitivity of SARS-CoV-2. ScienceDirect. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666524720300136>.
- Shen, J., Duan, H., Zhang, B., Wang, J., Ji, J. S., Wang, J., Pan, L., Wang, X., Zhao, K., Ying, B., Tang, S., Zhang, J., Liang, C., Sun, H., Lv, Y., Li, Y., Li, T., Li, L., Liu, H., . . . Shi, X. (2020). Prevention and control of COVID-19 in public transportation: Experience from China. *Environmental Pollution*, 266, 115291. <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2020.115291>.
- SSMN (2020a). Resolución Exenta N° 690 de 31 de marzo de 2020.
- SSMN (2020b). Resolución Exenta N° 890 de 21 de abril de 2020.
- SSMN (2020c). Ord. N° 878 de 2020. *Informa contratación Residencias*.

- SSMN (2020d). :: *Servicio de Salud Metropolitano Norte* :: [Diapositivas].
https://www.ssmn.cl/cuenta_publica.ajax.php.
- SSMN (2020e), Resolución Exenta N° 1629 de 25 de agosto de 2020.
- Stavropoulou, C. et al. (2020). What conditions could we prioritise in the primary care setting to reduce non-COVID-related admissions to hospital? Recuperado 1 de noviembre de 2020, de <https://www.cebm.net/covid-19/what-conditions-could-we-prioritise-in-the-primary-care-setting-to-reduce-non-covid-related-admissions-to-hospital/>
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquía.
- Tang, X., Wu, C., Li, X., Song, Y., Yao, X., Wu, X., Duan, Y., Zhang, H., Wang, Y., Qian, Z., Cui, J., Lu, J. On the origin and continuing evolution of SARS-CoV-2, *National Science Review*, Volume 7, 1012–1023 (2020). <https://doi.org/10.1093/nsr/nwaa036>.
- Tierney, S., Mahtani, K. R., & Turk, A. (2020, 20 mayo). Can social prescribing support the COVID-19 pandemic? The Centre for Evidence-Based Medicine. Recuperado 25 de mayo de 2020, de <https://www.cebm.net/covid-19/can-social-prescribing-support-the-covid-19-pandemic/>.
- United Kingdom Government (s.f.).
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/928720/S0789_EMG_Role_of_Ventilation_in_Controlling_SARS-CoV-2_Transmission.pdf.
- Van Doremalen, N. (2020). Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. Recuperado 13 de noviembre de 2020, de <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2004973>.
- Van Tan, L. et al. (2020). Duration of viral detection in throat and rectum of a patient with COVID-19. Recuperado 1 de noviembre de 2020, de <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.07.20032052v1>.
- Waissbluth, M. (2008). *Sistemas complejos y gestión pública*. Documentos de trabajo. Serie Gestión., 99. Magister en Gestión y Políticas Públicas, Universidad de Chile.
- Walt, G., & Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4), 353–370. <https://doi.org/10.1093/heapol/9.4.353>.
- Wilder-Smith, A., & Freedman, D. O. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of Travel Medicine*, 27(2). <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020>.

- Yáñez, C. (2022, 3 enero). Ómicron: científicos alertan que algunos test no detectan bien a la nueva variante y arrojan más falsos negativos. La Tercera. <https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/omicron-cientificos-alertan-que-algunos-test-no-detectan-bien-a-la-nueva-variante-y-arrojan-mas-falsos-positivos/YQZLZVCJOVGRDFN5UKRJHUTAY4/>.
- Yin, R. (1981). Case Study Research. Design and methods. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Young, P. (1939). Scientific Social Surveys and Research. An introduction to the background, content, methods and analysis of social studies. Prentice Hall: Nueva York.
- Zimmerman, M., Ali, S., Jones, N., & Maskrey, N. (2020, 20 mayo). Practical tips for clinicians helping patients with COVID-related anxiety/distress. The Centre for Evidence-Based Medicine. Recuperado 12 de diciembre de 2021, de <https://www.cebm.net/covid-19/practical-tips-for-clinicians-helping-patients-with-covid-related-anxiety-distress/>.
- Zhang, L. (2020, 1 enero). Genomic variations of SARS-CoV-2 suggest multiple outbreak sources of transmission. MedRxiv. Recuperado 5 de mayo de 2021, de <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.25.20027953v2>.
- Zhou, F. et al., (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Recuperado 1 de noviembre de 2020, de <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930566-3>.
- Zhu et al. (2020). A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. Recuperado 12 de noviembre de 2020, de <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2001017>.

IX. ANEXOS

Anexo A: Pauta de entrevista semiestructurada

- ¿Cuál ha sido su rol, en el SSMN, durante la pandemia por COVID-19?
- ¿Cuáles son los aspectos fundamentales a considerar para implementar dispositivos de aislamiento en situación de emergencia en el contexto de una pandemia mundial?
- ¿Qué hace que el SSMN llegue a estar a cargo de la tarea de implementar estrategias de salud en pandemia?
- ¿Cuál es su opinión sobre la estrategia de RR. SS.? ¿Y sobre los objetivos de ésta perseguía?
- ¿Qué estrategias de salud asume la Dirección de Atención Primaria?
- ¿Cómo fue informada, a la Dirección de Atención Primaria, la responsabilidad y rol asociados a estas estrategias?
- ¿Cómo se entera, la Dirección de APS, de su rol en la Estrategia de Residencias Sanitarias?
- ¿Qué acciones se llevan a cabo en la Dirección de Atención Primaria para preparar la implementación de la estrategia? ¿Cómo participó en ellas?
- ¿Cómo se organizaron en la Dirección de Atención Primaria? ¿En qué momento? ¿Qué resultado esperaban con dicha organización?

- ¿Cómo se comunica la política al SSMN?
- ¿Cómo se comunica la política a la Dirección de Atención Primaria?
- ¿Cómo se comunica la política a los profesionales de la Dirección de Atención Primaria?
- ¿Cómo se decide a qué profesionales entregar la responsabilidad de asumir la estrategia de RR. SS.?
- ¿Qué aspectos fueron considerados para controlar que las acciones no se desviaran del diseño de la política?
- ¿Qué resultados esperaban de la estrategia de residencias sanitarias? ¿Se cumplieron?
- ¿Cómo y en base a qué se definieron los resultados esperados?
- ¿Cómo se definieron los recintos para emplazar las RR. SS.?
- ¿Qué dificultades presentaba, al SSMN y a la Dirección de Atención Primaria, la implementación de la estrategia de RR. SS.?

- ¿Cómo se da comienzo al funcionamiento de las RR. SS.?
- ¿Cómo se desarrolló la instalación en los hoteles que se utilizarían como RR. SS.?
- ¿Qué dificultades presentaban los diferentes hoteles para la instalación de las RR.SS.?
- ¿Qué profesionales estuvieron a cargo de la implementación y cómo se supervisaba que su acción fuese alineada con lo diseñado?
- ¿Qué problemas supuso el orden administrativo? (ingreso y registro de pacientes, derivaciones, control de fármacos, fichas clínicas, inventarios, etc.).
- ¿Cómo se efectuó la elección del personal (RR. HH.) para las RR. SS. y su contratación?
- ¿Presentó esto dificultades?
- ¿Cómo se organizaron los equipos al interior de las RR. SS.? ¿Hubo diferencias? ¿Por qué?
- ¿Qué aspectos de la estrategia de RR. SS. diseñada por MINSAL requirieron de ajustes?

¿Cómo se obtenían los insumos para el funcionamiento de las RR. SS.? ¿Hubo dificultades?
¿Cómo se solucionaron?

¿Cómo se organizó la derivación de pacientes hacia y desde las RR. SS.?

¿Había protocolos para el trabajo con pacientes contagiados con COVID-19?

¿Hubo protocolos de cuidado de los profesionales?

¿Qué problemas encontraron en el funcionamiento de las RR. SS., no contemplados en el diseño de la estrategia y la organización del SSMN ? ¿Cómo los solucionaron?

¿Cuál es su opinión sobre cómo se hizo el traspaso de las RR. SS. a la SEREMI de Salud?

¿Cómo se ha evaluado la gestión del SSMN en el desarrollo de la estrategia de RR. SS.? ¿Qué instrumentos se han utilizado?

¿Cómo evalúa el desarrollo de la estrategia de RR. SS.?

¿Qué objetivos se cumplieron y cuáles no? ¿Por qué?

¿Qué aspectos de la gestión realizada ofrecieron una oportunidad de mejora al SSMN y la Dirección de Atención Primaria?

Anexo B: Matriz para la construcción de preguntas de entrevista.

ASPECTO DE ANÁLISIS DE PP EN MODELO TEÓRICO (WALT Y GILSON)			TIPO DE EVENTO AL QUE APUNTA LA PREGUNTA (BARZELAY Y CORTÁZAR)	TIPO DE PREGUNTAS (BARZELAY Y CORTÁZAR)	ETAPA DE LA POLÍTICA (WALT Y GILSON)	PREGUNTAS
CONTEXTO	CONTENIDO	PROCESO				
x		x	EC			¿Cuál ha sido su rol, en el SSMN, durante la pandemia por COVID-19?
x	x	x	EPISODIOS	A1		¿Cuáles son los aspectos fundamentales a considerar para implementar dispositivos de aislamiento en situación de emergencia en el contexto de una pandemia mundial?
x		x	EA	B1.1	IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	¿Cómo hace que el SSMN llegue a estar a cargo de la tarea de implementar estrategias de salud en pandemia?
	x	x	EA - EC - ER - EP	B1.2	IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	¿Cuál es su opinión sobre la estrategia de RR. SS.? ¿Y sobre los objetivos de ésta perseguida?
x	x	x	EA - EC - ER - EP	B2.1	IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	¿Qué estrategias de salud asume la Dirección de Atención Primaria?
		x	EA	B2.2	IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	¿Cómo fue informada, a la Dirección de Atención Primaria, la responsabilidad y rol asociados a estas estrategias?
		x	EA	B2.3	IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	¿Cómo se entera, la Dirección de APS, de su rol en la Estrategia de Residencias Sanitarias?
	x	x	EPISODIOS		IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	¿Qué acciones se llevan a cabo en la Dirección de Atención Primaria para preparar la implementación de la estrategia? ¿Cómo participó en ellas?
x		x	EPISODIOS	B2.4	IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	¿Cómo se organizaron en la Dirección de Atención Primaria? ¿En qué momento? ¿Qué resultado esperaban con dicha organización?
		x	EA - EC	B2.5	FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Cómo se comunica la política al SSMN?
		x	EA	B2.6	FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Cómo se comunica la política a la Dirección de Atención Primaria?
		x	EA - EPISODIOS	B2.7	FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Cómo se comunica la política a los profesionales de la Dirección de Atención Primaria?
		x	EPISODIOS	B1.3	FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Cómo se decide a qué profesionales entregar la responsabilidad de asumir la estrategia de RR. SS.?
		x	EPISODIOS	B1.4	FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Qué aspectos fueron considerados para controlar que las acciones no se desviaran del diseño de la política?
x	x	x	EA - EPISODIOS	B1.5	FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Qué resultados esperaban de la estrategia de residencias sanitarias? ¿Se cumplieron?
x	x	x	EA - EPISODIOS	B1.6	FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Cómo y en base a qué se definieron los resultados esperados?
x	x	x	EA - EP	B1.7	FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Cómo se definieron los recintos para emplazar las RR. SS.?
x	x	x	EPISODIOS	B1.8	FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Qué dificultades presentaba, al SSMN y a la Dirección de Atención Primaria, la implementación de la estrategia de RR. SS.?
		x	EPISODIOS	B2.8	IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Cómo se da comienzo al funcionamiento de las RR. SS.?
		x	EPISODIOS	B2.9	IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Cómo se desarrolló la instalación en los hoteles que se utilizarían como RR. SS.?
		x	EC-ER - EPISODIOS	B1.9	IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Qué dificultades presentaban los diferentes hoteles para la instalación de las RR.SS.?
		x	EPISODIOS	B1.10	IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Qué profesionales estuvieron a cargo de la implementación y cómo se supervisaba que su acción fuese alineada con lo diseñado?
		x	EPISODIOS	B1.11	IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Qué problemas supuso el orden administrativo? (Ingreso y registro de pacientes, derivaciones, control de fármacos, fichas clínicas, inventarios, etc.).
		x	EPISODIOS	B1.12	IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Cómo se efectuó la elección del personal (RR. HH.) para las RR. SS. y su contratación? ¿Presentó esto dificultades?
		x	EPISODIOS	B1.13	IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Cómo se organizaron los equipos al interior de las RR. SS.? ¿Hubo diferencias? ¿Por qué?
	x	x	EA - EPISODIOS	B1.14	IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Qué aspectos de la estrategia de RR. SS. diseñada por MINSAL requirieron de ajustes?
		x	ER - EPISODIOS	B1.15	IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Cómo se obtenían los insumos para el funcionamiento de las RR. SS.? ¿Hubo dificultades? ¿Cómo se solucionaron?
x	x	x	EC - EPISODIOS	B1.16	IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Cómo se organizó la derivación de pacientes hacia y desde las RR. SS.?
x	x	x	EA - EC - EPISODIOS	B1.17	IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Había protocolos para el trabajo con pacientes contagiados con COVID-19?
x	x	x	EA - EC - EPISODIOS	B1.18	IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Hubo protocolos de cuidado de los profesionales?
	x	x	EA - EPISODIOS	B1.19	IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Qué problemas encontraron en el funcionamiento de las RR. SS., no contemplados en el diseño de la estrategia y la organización del SSMN? ¿Cómo los solucionaron?
x		x	ER - EP - EPISODIOS	B1.20	IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Cuál es su opinión sobre cómo se hizo el traspaso de las RR. SS. a la SEREMI de Salud?
	x	x	EP	B2.10	EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Cómo se ha evaluado la gestión del SSMN en el desarrollo de la estrategia de RR. SS.? ¿Qué instrumentos se han utilizado?
	x	x	EP	B2.11	EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Cómo evalúa el desarrollo de la estrategia de RR. SS.?
	x	x	EPISODIOS - EP	B1.21	EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Qué objetivos se cumplieron y cuáles no? ¿Por qué?
		x	EPISODIOS	B2.12	EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA	¿Qué aspectos de la gestión realizada ofrecieron una oportunidad de mejora al SSMN y la Dirección de Atención Primaria?

Anexo C:

En el contexto de la revisión de documentos propuesta en los objetivos del presente trabajo, se elaboran los siguientes cuadros conceptuales que sintetizan la información contenida en los principales documentos normativos en relación con la Estrategia de Residencias Sanitarias.

Tabla 40. Análisis de la Ley de Autoridad Sanitaria	
Dimensión de Análisis	Actor vinculado
Funciones Asignadas	<p style="text-align: center;">Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rectoría del sector salud: Formulación, control y evaluación de planes y programas en materia de salud; definición de objetivos sanitarios nacionales, coordinación sectorial para el logro de objetivos sanitarios, dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas a la provisión de acciones de salud. (Art. 1) • Establecer Protocolos de Atención en Salud: entendiéndose como protocolo de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados”. Se establece el “carácter referencial” de estos: “sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud”. (Art 4) • Dictar normas generales a través de Subsecretarías: en materias técnicas, administrativas, y financieras para la ejecución de actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud. (Art 2) • Tratamiento de datos: manejarlos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia; tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para el otorgamiento de beneficios de salud”. (Art 5) • “Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud”. (Art 3) • “Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población”. (Art 4) • “fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos de las redes asistenciales” (Art 9) • “Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles” (Art 10) • Establecer estándares mínimos “a cumplir por los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones tengan la calidad requerida para la seguridad de los usuarios”. (Art 11) • Establecer protocolos de atención en salud: de carácter referencial y sólo obligatorios para el sector público, pero también para el privado en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud. (Art 14) <p style="text-align: center;">Subsecretaría de Salud Pública</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseñar políticas, normas, planes, y programas: “En materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a la población, y velar por su cumplimiento”. (Art 9) • Administrar el financiamiento previsto para las acciones de salud pública: incluidos los programas de relevancia nacional “y aquellos que la ley obligue a que sean financiados por el Estado, independientemente de la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie”, incluidos “brotes y/o pandemias”. (Art 9) <p style="text-align: center;">Subsecretaría de Redes Asistenciales</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema: regulando acciones de salud, definiendo normas que determinen niveles de complejidad y de calidad de la atención, a través de la formulación de políticas, normas, planes y programas, velando por su cumplimiento y coordinando su ejecución por los Servicios de Salud y otros organismos que integren el Sistema de Nacional de Servicios de Salud (SNSS). (Art 8)
--	--

Tabla 41. Análisis de la Ley 19.937	
Dimensión de Análisis	Actor vinculado
Funciones Asignadas	<p style="text-align: center;">Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • A las SEREMI de Salud les corresponde la representación de la autoridad ministerial en la cada región del país. • Orgánicamente, dependen de la Subsecretaría de Salud Pública y en su rol de Autoridad Sanitaria, les corresponde fiscalizar las disposiciones contenidas en el Código Sanitario, sus leyes, reglamentos y normas complementarias. Dicha responsabilidad aplica en materias de higiene y seguridad del ambiente, prevención de riesgos y salud laboral, productos alimenticios, y profesiones médicas. • “Cuenta con las atribuciones de vigilancia, inspección y demás [acciones] que se contemplan al efecto, incluyendo la aplicación de las sanciones sanitarias que procedan, previa instrucción del procedimiento sumarial pertinente”.

Tabla 42. Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud	
Dimensión de Análisis	Actor vinculado
Funciones Asignadas	<p style="text-align: center;">Servicios de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • La articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial: “Según cada territorio jurisdiccional, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas”, bajo la supervigilancia de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. (Título I, párrafo 1) • Contar con una estrategia de planificación y programación en red basada en la atención primaria y contar con establecimientos suficientes para otorgar atención integral al paciente, organizados en distintos niveles de complejidad que incluyen prestaciones ambulatorias (abiertas) u hospitalarias (cerradas) que interactúan a través de mecanismos de referencia y contra referencia (MINSAL, 2018).

Tabla 43. Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento
--

Dimensión de Análisis	Actor vinculado
Funciones Asignadas	<p style="text-align: center;">SEREMI de Salud Regional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de casos en su territorio y coordinación con las instituciones privadas que lleven a cabo su propio sistema de seguimiento de casos ambulatorios. <p style="text-align: center;">Directores de Servicios de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de casos en domicilios (ambulatorios) de su territorio. <p style="text-align: center;">Delegado de epidemiología del centro de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestionar y supervisar el traslado seguro de la persona diagnosticada con COVID-19 al lugar de cuarentena. <p style="text-align: center;">Médico de recintos de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación clínica de usuarios, solicitando examen RT-PCR al servicio de toma de muestras del dispositivo y evaluar las condiciones socio-sanitarias para definir el lugar de aislamiento.