

Percepciones y experiencias de usuarios que recibieron cuidados ambulatorios de COVID-19 en Santiago de Chile

Cristián Pérez^{1ab}, Marcela González-Agüero^{1acd}, Paulina Bravo^{1,2ae*}.

Perceptions and experiences of users who received outpatient COVID-19 care in Santiago, Chile

RESUMEN

Objetivo: Explorar las percepciones y experiencias de los usuarios del sistema público de salud de la Región Metropolitana de Chile, que vivieron el proceso de diagnóstico y recuperación del COVID-19 en forma ambulatoria. **Métodos:** Estudio exploratorio que siguió los procedimientos de una Investigación Cualitativa Rápida. Se realizaron entrevistas individuales telefónicas semiestructuradas a usuarios que recibieron atención sanitaria en el sistema público, por la enfermedad causada por el COVID-19, confirmada con test PCR, y que realizaron todos los cuidados de la enfermedad en forma ambulatoria. Se realizó un análisis temático de la información recolectada. **Resultados:** Se realizaron nueve entrevistas (seis mujeres y tres hombres), donde los principales temas emergentes fueron: vida previa a la entrega del diagnóstico de COVID-19 positivo, vivir con la enfermedad en casa, proceso de recuperación y respuesta sanitaria inefectiva. La mayoría de los participantes refirieron desinformación durante el proceso de atención, surgiendo el miedo por su situación de salud y por el riesgo al que exponían a otros, generando culpa e incertidumbre por la evolución de la enfermedad. **Conclusión:** El fortalecimiento de las estrategias de comunicación con los usuarios durante todo el proceso de tratamiento de la enfermedad, en quienes realizan cuidados ambulatorios, es fundamental para reducir situaciones de desinformación y sentimientos de miedo e incertidumbre durante la evolución de la enfermedad y recuperación, lo que podría traducirse en mejores resultados clínicos, impactando también en la satisfacción usuaria.

¹Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile;

^aEnfermero

^bAlumno magíster en Enfermería

^cMagíster en Salud Pública

^dPhD en antropología médica

^ePhD

²Núcleo Milenio Autoridad y Asimetría de Poder.

*Correspondencia: Paulina Bravo / pbravo@uc.cl

Fuente de apoyo financiero de la Agencia Nacional de Investigación y desarrollo (ANID), como parte del estudio "Una evaluación rápida de percepciones de trabajadores de salud y usuarios sobre la atención de salud en el contexto de la pandemia de Covid-19 en Chile", código proyecto COVID 0383. ANID no influyó en el diseño del estudio, recolección, análisis o interpretación de los datos ni en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito.

Conflicto de interés
Ninguno declarado por el autor.

Recibido: 28 de enero de 2022.
Aceptado: 23 de abril de 2022.

Palabras clave: Atención Ambulatoria; Atención de Salud; COVID-19; Investigación Cualitativa.

ABSTRACT

Aim: To explore the perceptions and experiences of COVID-19 patients who received outpatient treatment in public health services in the Metropolitan Region of Chile. **Methods:** An exploratory rapid qualitative study was conducted. Individual, telephonic and semi-structured interviews were conducted with patients who received a COVID-19 diagnosis confirmed by a PCR test and who had outpatient treatment for the disease. A thematic analysis was performed. **Results:** Nine interviews were conducted (six female and three male participants). The main emerging themes were: life before COVID-19, living with the disease at home, recovery process, and Ineffective sanitary measures. Most of the participants highlighted the lack of information about their health and the uncertainty about COVID-19 as the cause of fear for their wellbeing. They also felt guilty for putting at risk others due to their COVID-19-positive status. **Conclusion:** The experiences of patients show the need to strengthen communication and information strategies for patients who receive outpatient care during the pandemic. This is key to reducing misinformation, fear and uncertainty about the progression of the disease and the potential recovery. Consequently, this could impact clinical outcomes and patient satisfaction.

Keywords: Ambulatory Care; COVID-19; Delivery of Health Care; Qualitative Research.

En el 2019, la Organización Mundial de Salud informó sobre casos de neumonía de etiología desconocida detectados en China, identificados como SARS-CoV-2 (COVID-19) y que, debida a su rápida expansión, llevaron a la declaración de pandemia¹. Esto generó un fenómeno global de crisis social y de salud pública². Esta pandemia ha modificado los servicios de salud, reestructurando los espacios físicos y el funcionamiento del personal para la atención de usuarios en estado crítico³.

En este contexto de crisis es importante conocer la experiencia de personas que han sido afectadas por la pandemia. Los brotes de enfermedades infecciosas alteran la salud física y la salud mental de quienes la padecen^{4,5,6,7}, con experiencias y percepciones de los pacientes marcados por preocupación, miedos y frustración⁴. Estudios acerca de la experiencia de usuarios en otras

emergencias han reportado la aparición de miedo y ansiedad frente a una enfermedad desconocida, que podría ser potencialmente mortal, aislamiento abrupto de la familia y sociedad, estigma por padecer una enfermedad infecciosa y finalmente las consecuencias emocionales de la muerte inesperada de algún miembro de la familia^{5,6}. En estudios realizados con sobrevivientes de SARS en Hong Kong y China, se informó que el estrés post-traumático aparecía en más del 40% de los sobrevivientes después de 3 años de padecer la enfermedad⁷.

En Chile, desde que se declaró estado de alerta sanitaria, el sistema de salud se ha reestructurado para dar respuesta a la pandemia, teniendo como uno de los ejes el refuerzo de la atención terciaria, enfocado en la atención de personas en estado crítico debido al COVID-19(3). El número de camas disponibles en unidades de cuidados

críticos aumentó desde 1229 en marzo 2020⁸ hasta 4.300 en abril 2021⁹. Sin embargo, la respuesta desde el nivel primario ha sido tardía, lo que podría afectar la experiencia de las personas que han recibido atención de salud ambulatoria y que representan el mayor porcentaje de afectados por la enfermedad. Aunque existe evidencia acerca de la experiencia de usuarios sobrevivientes de cuadros grave por COVID-19^{10,11,12}, de acuerdo a nuestra revisión no se han publicado estudios que aborden la experiencia de quienes han realizado el tratamiento ambulatorio de la enfermedad. El objetivo de este estudio es explorar las percepciones y experiencias de usuarios del sistema público de salud de la Región Metropolitana de Chile, que vivieron el proceso de diagnóstico y recuperación del COVID-19 en forma ambulatoria.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio cualitativo siguiendo los procedimientos de una investigación cualitativa rápida, la que es especialmente adecuada para el estudio de emergencias sanitarias^{13,14,15}. Se realizaron entrevistas telefónicas individuales, siguiendo un guion de entrevista construido en consenso por el equipo de investigadores (Anexo). Este estudio contó con la aprobación del Comité Ético Científico de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile (N° de resolución 201019011).

Participantes

Se invitó a usuarios del sistema público de la Región Metropolitana, entre 18 y 65 años, que recibieron atención sanitaria por COVID-19, confirmado con test PCR, y que realizaron los cuidados de la enfermedad en su domicilio o en una residencia sanitaria (cuidado ambulatorio).

La muestra fue intencional. El reclutamiento se realizó a través de redes sociales, agrupaciones de pacientes y organizaciones de la sociedad civil. Adicionalmente, se utilizó la técnica de bola de nieve¹⁶, solicitando a los entrevistados que extendieran la invitación a otros interesados en participar del estudio. La recolección de datos se realizó entre diciembre 2020 y mayo 2021.

El proceso de consentimiento informado fue realizado por CP, entregando la información sobre los riesgos y beneficios de la participación, y promoviendo la voluntariedad. La información de las entrevistas y datos sensibles fueron tratados de manera anónima.

Análisis de la información

Las entrevistas fueron audio-grabadas e inmediatamente después fueron escuchadas con el fin de la identificar temas, recogiendo las impresiones generales del entrevistador^{17,18,19} en una planilla Excel®. Posteriormente las entrevistas fueron transcritas verbatim. El criterio de finalización fue la saturación temática. El análisis temático incluyó los siguientes pasos²⁰:

1. Tras su realización, cada entrevista fue escuchada para familiarizarse con los datos, identificar temáticas emergentes y tomar notas de campo.
2. Las entrevistas fueron transcritas y leídas por los investigadores para obtener una comprensión general de la experiencia.
3. El equipo generó un libro de códigos a partir de las primeras entrevistas analizadas con la ayuda de las notas registradas por el entrevistador.
4. En reuniones de triangulación el equipo agrupó los códigos en temas que integraban el significado de la experiencia y ayudaban a describirla.
5. Los temas se revisaron verificando su relación con los códigos, generando un mapa temático del análisis.
6. Los investigadores definieron los temas finales, generando definiciones y nombres para cada tema.
7. Se realizó la selección de los extractos de las entrevistas para el reporte.

Rigor del estudio

Para asegurar la validez de los resultados se utilizaron los criterios de rigor metodológico de Guba²¹. Para resguardar el cumplimiento de los aspectos éticos se utilizaron los siete aspectos de Ezekiel Emanuel²².

Resultados

Se realizaron nueve entrevistas, con seis mujeres y tres hombres, quienes tenían en promedio 45 años, y esperaron 5 días los resultados de PCR para la confirmación diagnóstica (Tabla 1).

A partir del análisis emergieron cuatro temas que caracterizaban la experiencia de los usuarios (Tabla 2).

Vida previa a la entrega de resultados de COVID-positivo

Los participantes relataron diferentes motivos para realizarse el examen PCR. Algunas personas (seis) decidieron consultar porque tenían síntomas atribuibles a la enfermedad, mientras el resto se realizó el test de manera preventiva.

Tabla 1. Características Sociodemográficas de usuarios participantes del estudio.

Seudónimo	Sexo	Edad	Ocupación	Sintomatología	Lugar de test	Lugar de cuarentena	Refiere secuelas
Gabriel	Masculino	52	Ingeniero	No	Público	Residencia sanitaria	Sí
Ana	Femenino	38	Auxiliar aseo	Sí	Público	Domicilio	No
Mireya	Femenino	63	Dueña de casa	Sí	Privado	Domicilio	Sí
Pedro	Masculino	36	Obrero	Sí	Público	Domicilio	No
Hilda	Femenino	52	Dueña de casa	Sí	Privado	Domicilio	Sí
Dolores	Femenino	37	Profesora	No	Público	Domicilio	No
Paula	Femenino	60	Administrativo	Sí	Privado	Residencia sanitaria	Sí
Juan	Masculino	27	Estudiante	No	Público	Domicilio	Sí
Javiera	Femenino	36	Profesora	Sí	Público	Domicilio	Sí

Cuadro de elaboración propia basado en los resultados del estudio.

Tabla 2. Temas y subtemas emergentes que caracterizan la experiencia de los usuarios que padecieron COVID-19 con cuidados ambulatorios.

Tema	Subtema
Vida previa a la entrega de resultados de COVID-positivo	Espera de resultados Comunicación de resultados
Vivir con la enfermedad en casa	Seguimiento y entrega de indicaciones Miedo e incertidumbre
Proceso de recuperación	Recuperación y rechazo
Respuesta Sanitaria inefectiva	Respuesta de la autoridad sanitaria y potencial mejora

Cuadro de elaboración propia basado en los resultados del estudio.

- Me sentía resfriada pero no le di mayor importancia, no pensaba que pudiera ser el COVID (Paula, 60 años).
- Me tenía que realizar un procedimiento quirúrgico en el hospital y como parte de eso se realizaba el PCR (Dolores, 37 años).
- Vine a una reunión al área de finanzas y ahí el director de finanzas me dijo que estaban tomando el examen (Gabriel, 52 años).

La preocupación marcó el periodo de espera de los resultados el que varió entre uno y veinte días, dependiendo del lugar de tomar de muestra (sistema público o privado). Esta espera generó una experiencia diagnóstica incierta y desinformada. Los participantes refirieron que una vez que se les confirmó el diagnóstico hubo desinformación relacionada a la enfermedad y a los cuidados domiciliarios a seguir.

- [El resultado] demoraba tres días, pero antes de los tres días me llaman y me dicen que... si yo estaba aislado en ese momento y le dije que sí y [me dijeron] “qué bueno que siga así porque su resultado salió positivo” (Pedro, 36 años).
- No me notificaron, no me mandaron ni siquiera por internet, un WhatsApp, nada porque yo les dejé mi número de teléfono, y mi hijo me llama y me dice: “Mamá, no puedo salir a trabajar porque en la casa dicen que hay una persona con COVID y estamos en cuarentena” (Hilda, 52 años).
- [Me enteré del resultado] una vez que me habían hecho el procedimiento. Fue terrible, fue súper terrible porque yo considero también que lo manejaron súper mal en el hospital, hicieron un escándalo tremendo, me dejaron ahí sola mientras ellos gritaban afuera... nadie me dijo directamente hasta que yo empecé a sentir un poco de crisis de pánico (Dolores, 37 años).

Vivir con la enfermedad en casa

La mayoría de los participantes reconocieron que el seguimiento de los usuarios confirmados como ‘COVID-positivo’ y la entrega de indicaciones de tratamiento fueron deficientes. Reportaron que tras el diagnóstico hubo escaso o nulo contacto

con la autoridad sanitaria. Esta situación impactó en la calidad de la atención, ya que faltó una evaluación del estado de salud de las personas en casa o que reforzara las indicaciones para cuidados domiciliarios, como el aislamiento físico y/o el tratamiento básico para el manejo de la fiebre y malestar general.

- En cuanto a tratamientos no... El correo solamente traía la información de que cuanto tiempo tenía que estar aislado y cuando se me daba el alta, de tratamientos no había nada (Juan, 27 años).
- Me dijeron que me iban a llamar, cosa que no fue así porque yo me metí al sistema si estaba positiva o no, pero la clínica después se preocupó de entrevistarme y de decirme que si estaba cumpliendo con mi cuarentena (Paula, 60 años).

Algunos participantes refirieron sentimientos de angustia mientras realizaban los cuidados domiciliarios. La mayoría sintió miedo del proceso en el que se encontraban; por su situación de salud (y el posible deterioro de esta) y por el riesgo al que exponían a sus familiares, lo que generaba culpa. En cuatro casos otros familiares se vieron afectados por la enfermedad, por lo que realizar actividades cotidianas era un desafío personal y familiar.

- Mi temor mayor fue por mis papás en realidad... me sentí culpable, no sabía qué hacer, no sabía qué decir, no pude llorar no pude hacer nada, me sentí atrapado (Gabriel, 52 años).
- [El miedo] como si de repente te podrías morir, porque en ese momento mucha gente se iba (Pedro, 36 años).
- Bueno lo crítico para mí fue el que nosotros estábamos aislados y que no podíamos, ninguno de nosotros tenía ánimo ni siquiera de cocinarnos y bajar a buscar agua (Mireya, 63 años).

Proceso de recuperación

Los participantes refirieron haber quedado con secuelas post COVID-19 que han persistido en el tiempo. Estas se vinculan a su salud física y mental. Además, reportaron una falta de acompañamiento desde la autoridad sanitaria en esta etapa del

proceso. También experimentaron rechazo del entorno cercano, lo que generó una vivencia de la enfermedad marcada por la estigmatización.

- Psicológicamente igual quedé con temor y todo eso (Gabriel, 52 años).
- Antes de la enfermedad no sudaba tanto y hoy con trabajos menores sudo muy rápido y eso también me da a entender que es producto del mismo COVID (Javier, 36 años).
- Como que uno tenía lepra, como que todavía uno es foco de contagio, la gente como que huye de uno, uno menciona la palabra COVID la gente se asusta... y arranca de uno (Mireya, 63 años).

Respuesta Sanitaria inefectiva

La mayoría de los participantes coincidieron en que la respuesta del sistema no estuvo acorde a sus necesidades, calificándola como insuficiente en la resolución de los problemas de salud generados por el COVID-19. Para ellos, el foco de la autoridad sanitaria debiera situarse en la disminución de los tiempos de respuesta de los exámenes PCR, mayor fiscalización y seguimiento, cuidado de la salud mental y mayor empatía de los equipos de salud.

- El tiempo de respuesta que tienen, eso sería la primera parte que mejoraría (Juan, 27 años).
- Que mejoraran la preocupación de las secuelas que le quedan a uno (Mireya, 63 años).
- Creo que fallan en el apoyo psicológico de las personas (Gabriel, 52 años).

Discusión

Este artículo exploró la experiencia de usuarios del sistema de salud público chileno diagnosticados con COVID-19 que realizaron cuidados ambulatorios en la Región Metropolitana. Un hallazgo central se relaciona con los cambios en la vida de los participantes durante la etapa de confirmación diagnóstica, resaltando la preocupación, incertidumbre y desinformación sobre los cuidados una vez entregado el resultado. Esto ha dificultado la visualización

del cuidado desde la perspectiva de las personas, lo que no se alinea a las directrices de la OMS en relación al desarrollo de sistemas de atención integrados y centrados en la persona²³, compromiso que Chile ha adquirido desde la reforma sanitaria de inicios de este siglo, reconociéndolo como pilar fundamental de la atención de salud²⁴.

Los usuarios calificaron la entrega de indicaciones como deficiente, reconociendo la falta de contacto con la autoridad sanitaria. Esto es contrario a lo que indica la legislación chilena sobre la entrega de información oportuna a las personas en el contexto de salud, con el fin de que puedan decidir informadamente sobre los mejores cursos de acción para su situación personal²⁵. Esto pudiera mejorarse potenciando sistemas de asistencia remota en la atención primaria que permitan el seguimiento sistemático y ordenado de los pacientes que realizan cuidados ambulatorios, ya sea a través de llamadas telefónicas, videollamada^{26,27,28}, tecnología altamente pertinente en situaciones de crisis sanitaria que requieren además de distanciamiento físico para el control de la enfermedad, resaltando además, la necesidad de incorporar la atención domiciliaria en la atención de futuras pandemias²⁹.

Los sentimientos de angustia e incertidumbre coinciden con otras investigaciones. La ansiedad y el estrés postraumático son secuelas de larga data en usuarios que vivieron situaciones de emergencias sanitarias como el SARS y MERS^{5,6}, donde la preocupación, miedos y temor a contagiar a otras personas se vuelven situaciones comunes^{4,7}, además de la estigmatización de haber padecido una enfermedad contagiosa⁶. Considerar estas consecuencias en salud mental de las personas afectadas por COVID-19 es un imperativo para las autoridades y equipos de salud³⁰. Además, la estrategia comunicacional relacionada a la patología debería evitar la estigmatización de las personas, en cuanto podría afectar el acceso a servicios de salud para pesquisa temprana, como los procesos de recuperación y reinserción de quienes han sobrevivido^{31,32}.

Según los participantes la respuesta de la autoridad sanitaria es insuficiente frente a los problemas generados por el COVID-19, lo que podría deberse a la sobresaturación del sistema dificultando el cumplimiento de la ley³³ en lo que respecta a recibir la información oportuna y trato digno. Lo anterior impacta en la percepción de falta de calidad de atención y satisfacción usuaria, centrando los servicios en la enfermedad e ignorando las necesidades de los usuarios.

La fortaleza de este estudio radica en la contribución a la evidencia de una situación emergente, que no ha sido explorada en el país a la fecha, con resultados que pueden ser significativos para el planteamiento de nuevos estudios o la mejora de servicios sanitarios que se centren en los usuarios. Sin embargo, se debe tener en consideración la realidad local, ya que la experiencia de personas en otras zonas geográficas pudiese ser distintas. Por ello, los resultados deben utilizarse con precaución reconociendo la particularidad del contexto del estudio.

Futuras investigaciones podrían incluir la experiencia de usuarios tanto del sistema público como del sistema privado, a fin de comparar diferencias entre ambos sistemas.

Conclusiones

La experiencia de personas que vivieron el COVID-19 con cuidados ambulatorios demuestra situaciones de desinformación desde la toma de muestra hasta la recuperación. El miedo fue un sentimiento predominante durante el proceso de enfermedad, lo que se puede deber a la incertidumbre de la evolución de la misma, como a la falta de información oportuna recibida desde los equipos de salud.

Desde la mirada de la atención centrada en el usuario se vuelve vital fortalecer la comunicación efectiva, lo que podría aliviar la carga emocional propia de una enfermedad desconocida, estigmatizada y que requiere de aislamiento físico, limitando con ello el apoyo de redes para quienes cursan el proceso de enfermedad por COVID-19. Esto podría contribuir

a mejores resultados en el tratamiento de la misma y a una experiencia usuaria satisfactoria.

Referencias

1. Organización mundial de la salud. Nuevo coronavirus 2019 (COVID-19). OMS. 2020;1 (cited 2021 Jul 12). Available from: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Mirco N, Andrea C, Angelo G, Brambillasca P, Federico L, Michele P, et al. At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *Catal Innov Care Deliv.* 2020; 1-5.
3. Testeo, residencias sanitarias y aumento de la capacidad hospitalaria: las medidas para el control de la pandemia COVID-19 - Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. (cited 2021 Jul 16). Available from: <https://www.minsal.cl/testeo-residencias-sanitarias-y-aumento-de-la-capacidad-hospitalaria-las-medidas-para-el-control-de-la-pandemia-covid-19/>
4. Tiwari A, Chan S, Wong A, Tai J, Cheng K, Chan J, et al. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong: Patients' experiences. *Nurs Outlook.* 2003; 51(5): 212-219.
5. Wu KK, Chan SK, Ma TM. Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *J Trauma Stress.* 2005; 18(1): 39-42.
6. Park HY, Park WB, Lee SH, Kim JL, Lee JJ, Lee H, et al. Posttraumatic stress disorder and depression of survivors 12 months after the outbreak of Middle East respiratory syndrome in South Korea. *BMC Public Health.* 2020; 20(1): 1-10.
7. Hong X, Currier GW, Zhao X, Jiang Y, Zhou W, Wei J. Posttraumatic stress disorder in convalescent severe acute respiratory syndrome patients: A 4-year follow-up study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009; 31(6): 546-554.
8. Autoridades de salud realizan balance a 100 días de declarada la pandemia COVID-19 en el país. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (cited 2021 Jul 16). Available from: <https://www.minsal.cl/autoridades-de-salud-realizan-balance-a-100-dias-de-declarada-la-pandemia-covid-19-en-el-pais/>
9. Autoridades de Salud proyectan alcanzar las 4.300 camas en los próximos días y 4.500 a mediano plazo. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (cited 2021 Jul 16). Available from: <https://www.minsal.cl/autoridades-de-salud-proyectan-alcanzar-las-4-300-camas-en-los-proximos-dias-y-4-500-a-mediano-plazo/>
10. Park HY, Jung J, Park HY, Lee SH, Kim ES, Kim H Bin, et al. Psychological Consequences of Survivors of COVID-19 Pneumonia 1 Month after Discharge. *J Korean Med Sci.* 2020; 35(47): 1-5.
11. Deng J, Zhou F, Hou W, Silver Z, Wong CY, Chang O, et al. The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: A meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci.* 2021; 1486(1): 90-111.
12. Sahoo S, Mehra A, Suri V, Malhotra P, Yaddanapudi LN, Dutt Puri G, et al. Lived experiences of the corona

- survivors (patients admitted in COVID wards): A narrative real-life documented summaries of internalized guilt, shame, stigma, anger. *Asian J Psychiatr.* 2020 (January); 53.
13. Green Judith; Thorogood Nicki. *Qualitative methods for health research.* Choice Reviews Online. 2009; 47: 47-0901-47-0901.
 14. Vindrola-Padros C, Vindrola-Padros B. Quick and dirty? A systematic review of the use of rapid ethnographies in healthcare organisation and delivery. *BMJ Quality and Safety.* BMJ Publishing Group; 2018; 27: 321-330.
 15. Vindrola-Padros C, Johnson GA. *Rapid Techniques in Qualitative Research: A Critical Review of the Literature.* Qualitative Health Research. SAGE Publications Inc. 2020; 30: 1596-1604.
 16. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. *Principios básicos y algunas controversias.* Cienc e Saude Coletiva. 2012; 17(3): 613-619.
 17. Neal JW, Neal ZP, VanDyke E, Kornbluh M. *Expediting the Analysis of Qualitative Data in Evaluation: A Procedure for the Rapid Identification of Themes From Audio Recordings (RITA).* Am J Eval. 2015 Mar 24; 36(1): 118-132.
 18. Watkins DC. *Rapid and Rigorous Qualitative Data Analysis: The "RADaR" Technique for Applied Research.* Int J Qual Methods. 2017 Jun 6; 16(1).
 19. McNall M, Foster-Fishman PG. *Methods of rapid evaluation, assessment, and appraisal.* Am J Eval. 2007 Jun; 28(2): 151-168.
 20. Braun V, Clarke V. *Using thematic analysis in psychology.* Qual Res Psychol. 2006; 3(2): 77-101.
 21. Streubert H, Carpenter D. *Qualitative research in nursing.* Fifth Edit. Lippincott Williams & Wilkins. 2011.
 22. Gracia Guillén D. *Investigación en Sujetos Humanos: implicancias lógicas, históricas y éticas. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas.* 2003; 111-128. Available from: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&alias=82-pautas-eticas-de-investigacion-en-sujetos-humanos-nuevas-perspectivas&category_slug=documentos-tecnicos&Itemid=1145
 23. OMS. *Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría.* Asam Mund la Salud, 69. 2016; 1: 1-13. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253079/1/A69_39-sp.pdf?ua=1
 24. Niveló Clavijo M, Dois Castellón A, Ojeda Cabrera I, Larrea Quintanilla M, Vargas Palavicino I, Quiroz Olave M, et al. *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención integral de salud familiar y comunitario.* 2012 enero 19; 143.
 25. León FJC. *Ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud. una mirada bioética.* Rev Med Chil. 2012; 140(11): 1490-1494.
 26. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Atención en el domicilio a casos sospechosos o confirmados de COVID-19 y manejo de sus contactos.* 2020; 10. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333967/WHO-2019-nCoV-IPC-Home-Care-2020.4-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 27. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. *Covid-19: A remote assessment in primary care.* BMJ. 2020 Mar 25; 368.
 28. Patient E. *COVID-19; video consultations; remote consultation; Attend Anywhere; patient feedback; patient experience; staff feedback; outpatients; pandemic.* 2021; 1-22.
 29. Sama SR, Quinn MM, Galligan CJ, Karlsson ND, Gore RJ, Kriebel D, et al. *Impacts of the COVID-19 Pandemic on Home Health and Home Care Agency Managers, Clients, and Aides: A Cross-Sectional Survey, March to June, 2020.* Home Heal Care Manag Pract. 2021; 33(2): 125-129.
 30. Menon V, Padhy SK. *Mental health among COVID-19 survivors: Are we overlooking the biological links?* Asian Journal of Psychiatry. 2020; 53: 337-339.
 31. Yoshioka T, Maeda Y. *Covid-19 stigma induced by local government and media reporting in Japan: It's time to reconsider risk communication lessons from the Fukushima daiichi nuclear disaster.* J Epidemiol. 2020; 30(8): 372-373.
 32. Tomczyk S, Rahn M, Schmidt S. *Social Distancing and Stigma: Association Between Compliance With Behavioral Recommendations, Risk Perception, and Stigmatizing Attitudes During the COVID-19 Outbreak.* Front Psychol. 2020 (August); 11: 1-9.
 33. Castilla C, Instituciones RDELAS, Bastías G, Valdivia G, Ministerio de Salud de Chile, G. Fanny Cisneros. *Ley 20.484 REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN.* Horizontes Pedagógicos. 2007; 32(2): 50-55. Available from: <https://bit.ly/2cq8qvD%0Ahttp://www.leychile.cl/N?i=1039348&f=2012-10-01&p=%0Ahttp://www.minsal.cl/%0Ahttps://revistas.iberamericana.edu.co/index.php/rhpedagogicos/article/view/590>