

Reestructuración de un hospital general para combatir la pandemia de Covid-19: un análisis de Donabedian

Reestruturação de hospital geral para o enfrentamento a pandemia Covid-19: uma análise donabediana

Restructuring of a general hospital to face the Covid-19 pandemic: A Donabedian analysis

Fabieli Borges^I; Elizabeth Bernardino^{II}; Aida Maris Peres^{III}; Nelsi Salete Tonini^{IV};
Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa^{III}; Esperança do Gago Alves Pereira^{IV}; Clémence Dallaire^V

^IUniversidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, PR, Brasil; ^{II}Universidade Federal do Paraná; Curitiba, PR, Brasil;
^{III}Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil; ^{IV}Universidade do Minho. Braga, Portugal; ^VUniversité Laval. Québec, Canadá

RESUMEN

Objetivo: analizar la reestructuración de un hospital general durante la pandemia de Covid-19, considerando sus componentes de estructura, proceso y resultados, y su relación con la docencia, la investigación y la asistencia. **Método:** este estudio se realizó con 42 profesionales de un hospital general de Paraná, sobre la base de un diseño de caso único. Los datos se procesaron con el *software* MaxQda®, siguiendo los pasos del Análisis de Contenido Temático Categórico, a la luz de lo dispuesto por Avedis Donabedian. **Resultados:** se obtuvieron tres categorías, representadas por sus respectivas subcategorías: Estructura: recursos humanos y físicos; recursos tecnológicos, materiales y suministros; recursos financieros; y apoyo externo; Proceso: incluye protocolos, flujos y dinámicas de atención, y desempeño profesional; y Resultados: incluye resultados inmediatos, cambios en el estado de salud de los individuos, lecciones aprendidas, cumplimiento de las expectativas de los trabajadores y planificación para el período pos-Covid-19. **Consideraciones finales:** al considerar la pandemia de Covid-19 como una crisis, la reestructuración del hospital permitió satisfacer la demanda desde una perspectiva que contempla estructura, proceso y resultados, con prevalencia del aspecto asistencial, en comparación con la docencia y la investigación.

Descriptor: Pandemias; Covid-19; Administración de los Servicios de Salud; Administración Hospitalaria.

RESUMO

Objetivo: analisar a reestruturação de um hospital geral frente à pandemia de Covid-19 nos componentes “estrutura”, “processo” e “resultado” e suas relações com o ensino, a pesquisa e a assistência. **Método:** estudo realizado com 42 profissionais de hospital geral no Paraná, no formato caso único. Os dados foram operacionalizados pelo *software* MaxQda® seguindo as etapas da Análise de Conteúdo Temático Categórica à luz de Avedis Donabedian. **Resultados:** foram obtidas três categorias, representadas pelas respectivas subcategorias: Estrutura – recursos humanos, físicos; tecnológicos, materiais e insumos, financeiros e apoio externo; Processo, com protocolos, fluxos e dinâmica de atendimento, e atuação profissional; e Resultados, incluindo imediatos, mudanças no estado de saúde dos indivíduos, lições aprendidas, satisfação de expectativas dos trabalhadores e planejamento para o período pós-Covid-19. **Considerações finais:** diante da pandemia de Covid-19 como crise, a reestruturação do hospital permitiu atender a demanda sob olhar da estrutura, processo e resultado com maior relação assistencial quando comparado ao ensino e pesquisa.

Descritores: Pandemias; Covid-19; Administração dos Serviços de Saúde; Gestão Hospitalar.

ABSTRACT

Objective: to analyze the restructuring of a general hospital in response to the Covid-19 pandemic across the components of "structure," "process," and "outcome" and their relationships with teaching, research, and patient care. **Method:** a single-case study conducted with 42 professionals from a general hospital in Paraná. Data were processed using MaxQda® software following the steps of Categorical Thematic Content Analysis based on Avedis Donabedian's framework. **Results:** three categories were obtained, represented by their respective subcategories: Structure – encompassing human, physical, and technological resources, materials and supplies, financial resources, and external support; Process – including protocols, workflows and care dynamics, and professional performance; Outcomes – covering immediate outcomes, changes in individuals' health status, lessons learned, fulfillment of workers' expectations, and planning for the post-Covid-19 period. **Final considerations:** in the face of the Covid-19 pandemic as a crisis, the hospital restructuring enabled meeting demand through the lens of structure, process, and outcome, with a stronger focus on patient care compared to teaching and research.

Descriptors: Pandemics; Covid-19; Health Services Administration; Hospital Administration.

INTRODUCCIÓN

La pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2, causante del Covid-19, representó una importante prueba de fuerza para la salud mundial, en particular para los sistemas de salud. Incluso países con sistemas de salud bien estructurados colapsaron ante la sobrecarga de demanda para el tratamiento de pacientes en cuidados complejos¹.

Artículo proveniente de la Tesis Doctoral “*Reestruturação de um hospital geral para o enfrentamento à pandemia Covid-19: o caso do CHC/UFPR*”, presentada en el Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidade Federal do Paraná.

Este estudio se realizó con el apoyo de la *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES)*.

Autora correspondiente: Fabieli Borges. Correo electrónico: fabieli Borges@gmail.com.

Editora en Jefe: Cristiane Helena Gallasch; Editora Asociada: Juliana Amaral Prata

Entre varios aspectos, el impacto tuvo una repercusión negativa sobre la capacidad operativa y la disponibilidad de camas en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), así como de ventiladores, que se convirtieron en uno de los principales desafíos del período, dado que escasearon en varios países durante la primera ola de la epidemia de Covid-19. Considerando que el 5% de los pacientes con Covid-19 requerían cuidados complejos, una vez categorizados como casos graves, surgió preocupación por la alta demanda de atención médica en los niveles terciarios. Si bien las listas de espera ya eran evidentes en el país antes de la pandemia, con el Covid-19 se intensifican estas preocupaciones, considerando las tasas de transmisibilidad del virus, que exponen a los profesionales de la salud y aumentan la posible exposición de pacientes con otras afecciones de salud al utilizar los servicios de sanitarios.

De forma progresiva y veloz, surgieron nuevos y numerosos casos en países asiáticos como Tailandia, Japón, Corea del Sur y Singapur, que luego se propagan a Europa y otros continentes, lo que aumentó la preocupación internacional. Las curvas epidemiológicas de la enfermedad alcanzaron proporciones devastadoras en Italia, España y Estados Unidos, que superaron a China en muertes registradas. Estas cifras reflejan la demora en la adopción de medidas, influenciada por factores conductuales y colectivos².

En España, un hospital público universitario, en colaboración con la Universidad de Barcelona, creó un "Health Hotel" para brindar atención médica a pacientes ingresados con síntomas leves de Covid-19. Con el pico de hospitalizaciones, las unidades especializadas se vieron desbordadas, razón por la cual, el personal de enfermería y los médicos fueron destinados a la atención de pacientes con Covid-19. Además, las guarderías locales se convirtieron en UCI. Todas estas adaptaciones generaron la necesidad de contratar profesionales sanitarios, principalmente enfermeros. Como alternativa, se contrató a estudiantes de enfermería como Auxiliares de Salud, un personal integrado con condiciones laborales plenas, prestaciones sociales, salario mensual y la supervisión de un enfermero profesional.

En Brasil, el impacto fue similar. La reestructuración de los hospitales para atender exclusivamente a pacientes con Covid-19 requirió una reorganización completa de la infraestructura, como la reconfiguración de camas y la conversión de espacios no clínicos en clínicos.⁵ Se unieron recursos de salud federales, provinciales y municipales para contratar profesionales de la salud y comprar equipos y suministros, como oxígeno, sedantes y equipos de protección personal.

Inicialmente, principales desafíos para los hospitales, en particular los universitarios integrados al SUS (Sistema Único de Salud), fueron «reorganizar la atención, ampliar las camas de UCI, abastecerse de equipos de protección individual, especialmente mascarillas y batas protectoras, que escaseaban en el mercado, y disponer de pruebas suficientes para el diagnóstico»^{7,2}. La limitación de recursos, el control de infecciones, la protección de los profesionales sanitarios y la adaptación de los servicios a una situación de pandemia se combinaron con la rápida evolución del virus⁸.

En este esfuerzo de reestructuración, los hospitales brasileños logran recuperar su papel central en el enfrentamiento de la pandemia. Corroborando esta lógica, un estudio realizado en Rio Grande do Sul durante el período inicial de la pandemia presentó 495 acciones para afrontar la pandemia de Covid-19, distribuidas entre atención (38,99%), gestión (37,58%), extensión (16,16%) y docencia e investigación (7,27%). En lo que se refiere a la asistencia o atención, las acciones más destacadas fueron la suspensión de consultas no relacionadas con Covid-19 y cirugías electivas, así como cambios en las rutinas con foco en la bioseguridad para prevenir la transmisión del virus. En gestión, se contrataron nuevos profesionales y se capacitó al personal sanitario. En el área de extensión, se desarrollaron principalmente materiales educativos sobre medidas de prevención de Covid-19. Con respecto a docencia e investigación, se suspendieron las actividades educativas y de formación, lo que destaca la participación de los hospitales en la investigación sobre el tema.

La relevancia de este estudio se fundamenta en la misión asistencial, docente e investigadora del hospital universitario, así como en su compromiso de aportar diversas estrategias en escenarios inciertos para la gestión de crisis futuras, como la del presente estudio. Para ello, es importante revisar los acontecimientos para fundamentar futuras reflexiones.

En razón de lo expuesto, la pregunta es: ¿Cómo un hospital general ubicado en la capital de Paraná se reestructuró para enfrentar la pandemia de Covid-19 en su misión de enseñanza, investigación y asistencia?

El objetivo fue analizar la reestructuración de un hospital general frente a la pandemia de Covid-19 en los componentes de estructura, proceso y resultado en sus relaciones con la docencia, la investigación y la asistencia.

MARCO TEÓRICO

Utilizar un modelo teórico basado en la evaluación de servicios en una perspectiva amplia e interdependiente puede ser sustancial para otras realidades, como la tríada donabediana¹⁰. Este estudio utilizó los conceptos de estructura, proceso y resultado en los servicios de salud¹⁰, clásicamente considerados como una tríada, que se instrumenta mediante tres componentes con una relación causal entre ellos.

El componente Estructura se refiere a las características relativamente estables y necesarias del proceso de atención, que abarca el espacio físico, los recursos humanos, los recursos materiales y financieros, los sistemas de información, los instrumentos regulatorios técnico-administrativos y el apoyo político. El componente Proceso corresponde a la prestación de la atención o asistencia utilizando los recursos disponibles. Para ello, se deben identificar los problemas, los métodos de diagnóstico, el diagnóstico y la atención que se brinda. El componente Resultados corresponde a las consecuencias de las prácticas que realizan servicios de salud o los profesionales en términos de cambios observados en el estado de salud de los pacientes, que deben sumarse a los cambios que se relacionan con el conocimiento y el comportamiento. Incluye la satisfacción del usuario y del trabajador con la recepción y la prestación de la atención, respectivamente^{10,11}.

El marco teórico de Avedis Donabedian se ha adoptado en estudios de salud y sirve de referencia para evaluar la calidad de las organizaciones, un objetivo buscado por los gestores de estos servicios. Por lo tanto, su uso como marco para analizar una organización como la de este estudio destaca los aspectos esenciales que conforman una organización hospitalaria. En este caso, se demuestra el diseño estructural, los procesos y los resultados de la organización que pueden identificarse ante una reestructuración necesaria.

Partiendo de esta premisa, un estudio realizado en Río de Janeiro analizó el desempeño del personal de enfermería en la gestión hospitalaria ante el Covid-19, mediante la tríada de Donabedian. Los resultados revelaron una reconfiguración de la estructura hospitalaria basada en la gestión de materiales y personal; una reestructuración del proceso de trabajo para alcanzar objetivos con seguridad y calidad; y un enfoque sobre las experiencias del personal de enfermería al describir los resultados alcanzados y esperados.

MÉTODO

Estudio descriptivo, de carácter cualitativo y de caso único, guiado por el modelo teórico de la tríada estructura, proceso y resultado¹⁰, proveniente de una tesis doctoral elaborada, desarrollada y reportada bajo las recomendaciones de la guía *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*.

El caso estudiado debe ser un fenómeno social complejo y contemporáneo, que debe ser investigado en profundidad y en su contexto real, lo que permite resaltar mejor sus límites, además de buscar respuestas a preguntas sobre “cómo” y “por qué” las cosas suceden de esa manera¹².

El estudio se llevó a cabo en un hospital público general de Paraná. La reestructuración del hospital se seleccionó como unidad de análisis, es decir, el caso de estudio. Sus componentes de Estructura, Proceso y Resultado fueron las subunidades de análisis integradas al caso único¹², vinculados a la misión del hospital: Docencia, Asistencia e Investigación. En 2021, el hospital contaba con 650 camas en el registro nacional de establecimientos de salud.

Los participantes fueron profesionales que desempeñaban actividades asistenciales y administrativas, con o sin cargo, en diversas áreas del escenario de estudio. Los participantes provenían de áreas vinculadas a la Medicina, Enfermería, Farmacia Bioquímica, Nutrición, Fisioterapia, Administración Pública y Psicología. Los criterios de elegibilidad incluyeron profesionales pertenecientes al organigrama de la institución, al equipo multidisciplinario y a cargos administrativos y asistenciales durante la pandemia. Los criterios de exclusión incluyeron profesionales que se encontraban de baja, vacaciones o cualquier tipo de ausencia durante el período de recolección de datos, y profesionales que no hubiesen asistido a la entrevista luego de tres encuentros programados. No hubo pérdidas.

El reclutamiento se realizó por correo electrónico institucional, con una carta de invitación y, adjunto, el dictamen de aprobación del proyecto por el Comité de Ética de la Investigación (CEI). Tras la aceptación, se acordó una reunión en la plataforma *Microsoft Teams*[®], según la disponibilidad y preferencias del participante, donde se creó un canal específico para entrevistas. La selección de los participantes fue intencional y se utilizó la técnica de bola de nieve para conformar la muestra¹³, justificada por la diversidad de categorías profesionales, además de la identificación de representantes clave para ahondar en el fenómeno en estudio.

La saturación de datos y la falta de indicación de encuestados claves se consideraron criterios para el cierre de las entrevistas. En este tipo de investigación, el tamaño de la muestra se determina en función de la necesidad de información. Por lo tanto, se considera que el tamaño de la muestra debe fijarse en el punto en el que no se obtiene nueva información y las respuestas comienzan a repetirse¹⁴. Estos aspectos orientaron la discusión de los autores sobre la saturación de datos.

La recopilación de datos en el estudio de caso debe constar de tres fuentes¹². Por lo tanto, se adoptaron las siguientes técnicas: “Entrevistas” con una muestra de 42 participantes; “Documentación” (380 archivos); y “Diario de Campo” (35 impresiones personales del investigador). La recopilación de datos fue realizada por la primera autora de este estudio, enfermera, quien al momento del estudio era estudiante de doctorado en el programa de posgrado, entre junio de 2022 y febrero de 2023.

La entrevista, la fuente principal de datos, se realizó de forma remota, grabada en video a través de la plataforma *Teams*, en un entorno privado y sincrónico en el domicilio de la primera autora. Los participantes, cuando estaban

presentes en el trabajo, se hallaban en una sala privada, sin interferencias en la comunicación durante la entrevista. Con la excepción de la segunda autora, quien tenía un vínculo con el hospital, los demás autores implicados en este estudio tenían relaciones previas con un pequeño número de las enfermeras participantes, miembros del mismo programa de posgrado y grupo de investigación. Se explicaron las credenciales, los objetivos y la motivación para el marco teórico adoptado. Se realizó una prueba piloto con una enfermera que participó en un comité de crisis en un hospital de perfil similar en la cual no fue necesario realizar ajustes. Sin embargo, dado que no se circunscribía al escenario del estudio, se tuvo cuidado de no incluirla en la muestra.

La entrevista fue guiada por un guion semiestructurado de elaboración propia, alineado con el marco teórico de la tríada de Donabedian: Estructura, Proceso y Resultado. La primera parte del guion consistió en variables que contribuían a la caracterización de los participantes. La segunda parte incluyó preguntas abiertas, a saber: *¿Cuándo comenzó y quién estuvo a cargo de la reestructuración del hospital para afrontar la pandemia? ¿Puede decirme cómo se reestructuró el hospital en términos de suministros, recursos materiales, equipos tecnológicos, instalaciones físicas y recursos humanos? ¿Puede decirme cómo se reestructuró el hospital en términos de procesos, como flujos de trabajo, dinámica de atención e interfaz con la red de atención médica? ¿Cuáles fueron los impactos de esta reestructuración? Pregunto oculta: ¿Para la docencia, la investigación y la asistencia? ¿Cuál es su impresión de los objetivos propuestos para la reestructuración? ¿Puede decirme cuáles fueron los resultados inmediatos de esta reestructuración? Pregunto oculta: ¿Qué facilitadores y obstáculos se identificaron? ¿Dígame qué lecciones se aprendieron y cuáles fueron los mayores desafíos para la recuperación? Pregunto oculta: ¿Qué actividades se vieron más afectadas?*

Paralelamente, se adoptó como estrategia la elaboración de un diario de campo para tomar notas sobre aspectos de la reorganización del servicio, interacciones entre la gestión y la asistencia en el enfrentamiento de la pandemia y otros aspectos que surgieron durante la entrevista y que se evaluaron como material con potencial para contribuir a los datos de la investigación.

Para la etapa documental, se utilizaron los materiales informáticos de la institución, estructurados según un guion orientativo que seguía la misma lógica que las preguntas abiertas. Primero, se solicitó una copia en línea de los documentos de la institución elaborados durante la pandemia —o acceso remoto a ellos— por correo electrónico o carta formal a la dirección. Los archivos, almacenados en una carpeta comprimida, se proporcionaron mediante almacenamiento en la nube. Una vez recibidos, se almacenaron en una carpeta sin conexión en la computadora de acceso restringido de la primera autora y, una vez finalizada la investigación, se eliminaron definitivamente.

Cabe señalar que la recopilación de datos se adaptó a un formato *online* durante la realización de los trámites ante el Comité de Ética de Investigación. Esta decisión se tomó considerando la situación de pandemia en el estado y en el escenario en que se llevó a cabo el estudio, además de las estrictas recomendaciones de medidas preventivas, como el distanciamiento y el aislamiento social.

Para el análisis de datos, las declaraciones provenientes de las entrevistas a los participantes se transcribieron a un documento de *Microsoft Office Word*[®]. La técnica analítica elegida fue el Análisis de Contenido Temático-Categorico (ACCT), que consta de tres etapas: (1) Preanálisis: desarrollo de operaciones preparatorias para el análisis; (2) Exploración o codificación del material: los datos brutos se transforman sistemáticamente y se agregan en unidades más pequeñas, lo que permite una descripción precisa; (3) Procesamiento, inferencia e interpretación de los resultados: la información proporcionada por el análisis se destaca mediante una cuantificación simple, presentándose los datos en diagramas, figuras y otros formatos. La inferencia, a su vez, permite la reconstrucción teórica de los datos analizados, mediante la sistematización, por medio de procedimientos definidos, se basa en la reducción de datos¹⁵.

Después de la transcripción de datos, a la luz del marco teórico de Donabedian, estos fueron organizados en categorías y subcategorías denominadas Unidad de Registro (UR) y Unidad de Significado (US), respectivamente, de acuerdo con los pasos del ACTC¹⁵.

El desarrollo de estas etapas se llevó a cabo con el auxilio del *software* MaxQDA[®] Analytics Pro 22. El contenido documental y los registros del diario de campo también se incorporaron al documento indexado en el *software* utilizado. Representaron, en ese marco, una agrupación sintetizada de los datos de las entrevistas, documentos y diario de campo, configurando una triangulación de datos, de conformidad con lo requerido para un estudio de caso.

El estudio respetó los principios éticos y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. Todos los participantes aceptaron participar voluntariamente y firmaron un Formulario de Consentimiento Libre e Informado. Para garantizar el anonimato y la confidencialidad, al presentar los resultados, los participantes se identificaron con letras seguidas de un número en orden ascendente, según el orden en que se realizaron las entrevistas. Por ejemplo, la letra "E" y la secuencia numérica representan a los participantes (Entrevista 1: E1; Entrevista 2: E2, y así sucesivamente). Las fuentes secundarias se identificaron con la inicial "D" para Documentos y "DC" para Diario de Campo.

RESULTADOS

Del total de 42 participantes, 26 (62%) eran profesionales que ocupaban puestos designados en este estudio como administrativos (gerencia, coordinación y jefes de unidad), y 16 (38%) eran profesionales que trabajaban en la asistencia. En cuanto a la formación, 23 (54,7%) eran enfermeros, 7 (16,7%) eran médicos, 4 (9,5%) eran farmacéuticos, 3 (7,2%) eran gestores públicos, 2 (4,8%) eran nutricionistas, y 1 (2,3%) era psicólogo. Hubo un mayor número de participantes en el grupo de edad de 45 a 54 años (42,86%), del sexo femenino (73,8%), y el 54,8% de los participantes tenían títulos de especialización, maestría y doctorado.

Durante la pandemia, poco más de la mitad de los participantes había trabajado entre 5 y 10 años (54%) y en lo que era su puesto actual (con o sin cargo y dedicados a la asistencia) durante más de 5 años (62%). La antigüedad en el puesto cobra relevancia desde la perspectiva de la experiencia de los profesionales, inclusive en detrimento de las medidas de afrontamiento, en un escenario que requirió decisiones ágiles y asertivas durante la pandemia.

La entrevista obtuvo UR=622; el acervo documental, UR=380 y el diario de campo, UR=35. Las entrevistas tuvieron una duración mínima de 12 minutos y máxima de una hora y 15 minutos. Se obtuvieron 1067 UR.

El volumen de materiales producidos y utilizados durante la pandemia en el entorno de estudio fue significativo (n=380). En cuanto a la caracterización de los archivos informatizados que constituyeron la etapa documental, se observó la mayor frecuencia de Boletines Epidemiológicos puestos a disposición por el hospital (68,95%), compuestos por cronología y datos epidemiológicos sobre el Covid-19. Estos datos se justifican por la elaboración diaria, y luego semanal, del material.

Categoría 1: Estructura

En esta categoría se presentaron 482 UR de 470 entrevistas, ocho documentos y cuatro notas de diarios de campo, contemplados en las subcategorías: Recursos humanos, Recursos físicos, Recursos financieros, recursos tecnológicos y apoyo externo, ejemplificados en las siguientes declaraciones:

Se creó un comité de crisis. (E1)

[...] el piso 6 fue transformado en UCI exclusivamente para atención de Covid-19, e inmediatamente aislado de otros flujos, restringiéndose el acceso y organizado en un equipo de apoyo logístico para entrega de material, servicios de hotelería, limpieza, auxiliares, etc. (D)

Se reportó escasez de recursos para insumos y materiales, pero en general, quedó claro que la intención era referirse a la dificultad por la falta del producto/materia prima disponible en el mercado, lo cual estaba fuera del alcance del hospital. (DC)

[...] teníamos anestésicos, bloqueadores neuromusculares. En momentos en que veíamos que el stock era insuficiente, se realizaba una reunión clínica, una discusión del protocolo" (E10) "[...] para que se hagan una idea (nombre suprimido), tuvimos un aumento del 120% en los artículos y medicamentos dispensados. (E18)

[...] tenemos la Asociación de Amigos que recauda dinero para usar en el Hospital de Clínicas [...] eso es lo que nos salvó muchas veces, muchos respiradores, compraron muchos tomógrafos y todo el equipo que necesitábamos y eso, por ser un organismo público, no podíamos salir a comprar la con dinero todo lo que hacía falta. (E1)

En cuanto a la investigación, puedo decirles que el Hospital de Clínicas, como centro, recibió diversas propuestas de investigación de entidades nacionales e internacionales, además de que muchos de nuestros profesionales desarrollaron varios proyectos de investigación [...] La Dra. [nombre suprimido] es una de nuestras infectólogas y fue invitado a participar en una investigación, que contó con 1400 participantes. Fue el centro de Brasil con mayor número de voluntarios en la investigación de la CoronaVac. (E4)

Los organismos reguladores brindaron apoyo con directrices de conducta, guiadas por el Ministerio de Salud, además de la provisión de recursos financieros mediante compras centralizadas. (E12)

El sector académico [educación] fue más indiferente al enfrentamiento (E36). [...] El enfrentamiento lo llevó a cabo EBSERH [Empresa Brasileña de Servicios Hospitalarios] y no la academia." (E42)

Categoría 2: Proceso

Esta categoría representó 398 UR, con 49 entrevistas, 337 documentos y 12 notas de diario de campo. La primera subcategoría se caracterizó por Protocolos, Flujos y Dinámica de Atención:

En total, se desarrollaron 24 protocolos para apoyar acciones, desde los aspectos clínicos de los pacientes con Covid-19 hasta los servicios de apoyo en el proceso de trabajo, y se desarrollaron 39 flujos de trabajo en forma de esquema, representación esquemática, diagrama de flujo o diagrama. (D)

[...] Los estudiantes de pregrado tuvieron sus clases interrumpidas, y luego los pasantes. Pero de igual manera, también perdieron, ¿no? Porque no todos los laboratorios y la enfermería estaban funcionando. Así que se perdió mucho por eso. (E3)

Se observó la conducta de gestores y directivos del Comité de Crisis durante las etapas (olas) de Covid-19 en CHC (DC).

En cuanto a la educación, el balance es pésimo. (E42)

En la subcategoría Desempeño Profesional se observa que fue posible visibilizar a otros profesionales del equipo multidisciplinario además de procedimientos relacionados con la atención de pacientes complejos.

El apoyo de los profesionales infectólogos fue una de las primeras medidas adoptadas. (E1)

[...] importante labor de terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, educadores y psicólogos que antes no tenían tanta visibilidad. (D)

Se reaprendió el manejo clínico del paciente a la luz de la complejidad de la atención. (DC)

El área de hemodiálisis necesitó ser readaptada debido al estado clínico de los pacientes con Covid-19. (E42)

Se organizaron dos Equipos de Respuesta Rápida (Clínico y Covid-19) para una rápida intervención, especialmente en casos de intubación rápida. (E34)

Los farmacéuticos no entraron en contacto con el equipo sanitario; se instalaron dispositivos de aislamiento de contacto como barrera en este sector. (E4)

La conciliación de medicamentos, estudiada por intensivistas, anestesiólogos y farmacéuticos clínicos, permitió evaluar el uso irracional de anestésicos y, con base en este estudio, se optimizó su uso para satisfacer la demanda. (DC)

Como herramientas de apoyo a la formación continua, se crearon videos para poner a disposición y contribuir en la formación de los profesionales. (D)

La residencia médica en la especialidad de enfermedades infecciosas adquirió una experiencia importante en la pandemia (E3) [...] aunque fue necesario asignar otras especialidades a la atención de pacientes con Covid-19, principalmente en UCI, lo que comprometió las habilidades requeridas en estas otras especialidades. (DC)

Los estudiantes de posgrado con contratos laborales en [nombre del hospital suprimido] tuvieron que suspender temporalmente su investigación debido a exigencias laborales. (E38)

Categoría 2: Resultado

En esta categoría se obtuvieron 157 UR, con 103 entrevistas, 35 documentos y 19 notas de diario de campo. Las subcategorías fueron Resultados inmediatos; Cambios en el estado de salud de los individuos; Lecciones aprendidas; Satisfacción de las expectativas de los trabajadores y Planificación pos-Covid-19.

En materia de asistencia, los objetivos propuestos por gestores y directivos para la reestructuración, desde el inicio de la pandemia fueron específicos: atender al paciente, pero también proteger a quienes lo atienden. A medida que surgían nuevas informaciones, se pensaba en cuestiones relativas a la seguridad para ambos grupos a fin de minimizar la contaminación. Un resultado inmediato mencionado por algunos participantes fue la sobrecarga de trabajo de los profesionales de primera línea. Todos los sectores y unidades debieron reorganizarse, como ocurrió con el Sector de Control de Infecciones Hospitalarias y su comisión respectiva, como señala un participante:

Llegamos a monitorear a 70 pacientes de Covid al día y también tuvimos otras demandas del sector. (E5)

La CCIH [Comisión de Control de Infección Hospitalar] no se ha detenido; seguimos teniendo microorganismos multirresistentes. Estudiar y estudiar con mucha rapidez todo sobre la enfermedad. (E5)

Fue posible ver que los resultados inmediatos se produjeron en fases.

Primera fase: comprensión del escenario, mapeo y operacionalización de la estructura asistencial. Segunda fase: hubo presión por camas. Los aspectos relacionados con los cuidados paliativos (cuidados al final de la vida) comenzaron a requerir mayor discusión, y los procedimientos se basaron en protocolos internacionales de extubación, como también los protocolos desarrollados en el hospital. Esta fue la fase de desarrollo clínico severo y rápido del Covid-19. Tercera fase: Miedo al desabastecimiento de medicamentos. Los pacientes con Covid-19 fueron sedados con propofol (2,6-diisopropilfenol), lo que generó temor al desabastecimiento. Una estrategia fue la armonización de la sedación. (DC5)

Dentro de sus condiciones estructurales y los procesos de (re)adaptados, el hospital logró satisfacer la demanda impuestas por el Covid-19. Asumió su responsabilidad social, considerando su experiencia en gestión y su relación con la red; respondió mejor, pues llevó a cabo una sólida movilización para asistir con éxito a numerosos pacientes. Incluso ante la crisis, se mencionó un salto cualitativo en materia de asistencia; aunque, en contrapartida, otros reportes hayan destacado la necesidad de retomar los protocolos sobre seguridad del paciente implementados con anterioridad.

En septiembre de 2022, se planeó restablecer las actividades suspendidas en el hospital, como la reanudación de las cirugías electivas. Dado que las especialidades de la residencia médica se centraron en la atención del Covid-19, se produjeron retrasos cuantitativos significativos en las cirugías electivas. La docencia y la investigación se vieron afectadas durante este período, con foco sobre la investigación de laboratorio clínico.

En cuanto a la educación, el balance es pésimo. (E42)

No teníamos la mente abierta para pensar en la investigación. Pero a medida que avanzaba la recopilación de datos alcanzó un volumen asombroso; recopilamos muchísima información: control de infecciones, perfil, pronóstico... por ejemplo: técnicas, adaptaciones realizadas, validación. (E5)

La necesidad de descubrir una vacuna o un fármaco despertó el interés por la investigación clínica en el hospital. Posteriormente, profesionales sanitarios, que también son profesores, llevaron a cabo investigaciones relacionadas con el Covid-19. (DC)

En cuanto a la atención, la intubación rápida, incluyendo la intubación en sala de enfermería, era una práctica común debido a la rápida progresión del Covid-19 en torno al séptimo o décimo día de hospitalización. Directa o indirectamente, el número de profesionales que asisten a un paciente intubado en decúbito prono es uno de los factores que pueden influir en el estado de salud de este perfil. Un ejemplo citado fue el de hasta siete profesionales para pronar a un paciente con Presión Espiratoria Final Positiva (Peep) y Presión Espiratoria Final Positiva (FiO2) alta de forma sincronizada en la UCI.

Como una forma de atención humanizada para los pacientes con Covid-19, en lo relativo a la nutrición, se buscó abordar las particularidades de cada paciente en cuanto a dieta y metabolismo, considerando sus preferencias personales. La rápida adquisición de equipos durante la pandemia, que propició la realización de resonancias magnéticas y radiografías, pudo haber favorecido la atención. Quizás en otro momento, desde la perspectiva de los participantes, tal agilidad no habría sido posible.

En cuanto a la investigación, la vacuna permitió que los pacientes que contrajeron el virus experimentaran síntomas más leves o incluso ningún efecto adverso para la salud. Con cada nueva ola, los nuevos descubrimientos sobre el virus posibilitaban una rápida intervención, lo que resultó en una atención más eficaz al paciente.

El acuerdo con el estadio de fútbol Couto Pereira proporcionó alojamiento a profesionales que se resistían a regresar a casa por temor a contagiar a sus hijos, esposas y/o esposos, y para interactuar con grupos vulnerables como estrategia de seguridad. Además, se adoptaron medidas como la telemonitorización para quienes se encontraban fuera del hospital en razón de lo dispuesto por el Covid-19.

Aunque los participantes generalmente reportaron un impacto psicológico negativo, el hospital también estableció un canal de consulta con psiquiatras y apoyo psicológico todos los viernes. En cuanto a la salud y los derechos de los trabajadores, el CHC se preparó mediante protocolos de atención médica y psicológica para responder a procesos legales y administrativos, auditorías por fallecimientos de trabajadores y acciones colectivas en relación con condiciones de riesgo. En el caso de condiciones de riesgo, se crearon formularios para registrar y monitorear a los pacientes que habían estado en áreas con Covid-19.

Por otro lado, se observó un impacto positivo en el sentido de pertenencia en el entorno laboral, gracias al uso de conocimientos y experiencia, el trabajo en equipo y la disposición a participar en reuniones colectivas y multidisciplinarias. Este último beneficio fue significativo para el hospital en términos de atención médica: por ejemplo, los profesionales dedicados al trabajo social y la odontología, áreas que anteriormente contaban con escasez de personal, pudieron aumentar su número con estas nuevas contrataciones. Además, se restringieron algunas prácticas para estudiantes de pregrado y posgrado debido al riesgo de contagio.

La enseñanza se detuvo. (E3)

Poco a poco, las prácticas regresaron; sin embargo, las residencias fueron las que sufrieron más pérdidas: cirugía colorrectal, cirugía general, cirugía plástica, dermatología, urología, neurocirugía y cirugía pediátrica, por ejemplo, se vieron muy afectadas, al no poder desarrollar sus respectivas competencias, generando frustración en este grupo, también integrantes del equipo del CHC.

El residente, recién llegado al hospital, quizás nunca habría realizado nunca una intubación, aprendió a hacerlo en un paciente con Covid. Aprender asustado es difícil. Es gratificante, pero también doloroso. (E5)

Como hospital docente, la decisión de la institución académica de descuidar el apoyo operativo en la lucha contra la pandemia fue decepcionante para el personal de primera línea. Creían que la respuesta debía estar a cargo de Ebserh [Empresa Brasileña de Servicios Hospitalarios], no de la UFPR, lo que, a su vez, representó una pérdida significativa de oportunidades de aprendizaje. Como parte del CHC, la visibilidad del hospital en su misión de investigación también fue importante para el personal. Gracias a la investigación, también se beneficiaron de pruebas rápidas y vacunación contra la Covid-19.

La primera fase de la pandemia, durante los primeros meses de 2020, fue aterradora: el miedo y las situaciones exigieron decisiones rápidas. Rediseñar una instalación física preexistente fue una de las primeras estrategias consideradas; sin embargo, la lección reside en la necesidad de medir los riesgos de la reestructuración para que pueda gestionar una demanda aún mayor de la prevista. Los casos leves de Covid-19 se transformaron rápidamente en casos graves y colapsaron el sistema hospitalario.

Fue una emergencia dentro de nuestra emergencia. (E42)

Con la variante Ómicron, la toma de decisiones se simplificó, aunque nuevamente se necesitaran más recursos y operatividad. Por lo tanto, es necesario un plan de contingencia para la gestión de crisis, dada la dinámica que el contexto pueda requerir, también diseñado para la educación. (O)

Siempre hay potencial para que los profesionales se desarrollen. Con la pandemia, se reaprendió la clave del desarrollo de protocolos, la optimización de recursos, la rotación de camas y la agilidad en la atención al paciente. El desafío surgió de la nueva realidad del hospital en ese momento, es decir, muchos expertos se jubilaron, muchos nuevos profesionales integraron el equipo, profesionales eventuales que posteriormente eran despedidos, muchos pacientes graves y el hospital bajo presión de la Red de Salud, en una situación en la que, ahora –tras el contexto de mayor demanda, que afectó principalmente al año 2022–, se encuentra sin los recursos económicos del inicio de la pandemia.

Sin embargo, como aliada, la tecnología acercó a los pacientes al equipo de atención de salud, considerando la demora en contactarlos con anterioridad a la pandemia. Articulado a la tecnología, se abrió un espacio para considerar inversiones en entornos de aprendizaje simulados, también como estrategia para contribuir al desarrollo profesional. En investigación, la pandemia exigió a los investigadores estar siempre preparados para la flexibilidad metodológica y las adecuaciones ante un escenario como la adaptación a la recopilación remota de datos. Otro punto destacado giró en torno a "crear en la ciencia" (E2). Esto resalta la importancia de la misión docente e investigadora, vinculada a las prácticas asistenciales y a la promoción de un comportamiento adecuado por parte de los gestores.

Se hizo evidente que, con el tiempo, los pacientes crónicos o electivos quedaron desatendidos, de ahí el retorno a este perfil de paciente. Se planificó una Clínica Ambulatoria Pos-Covid-19 para estos pacientes, la cual se implementó en 2022, debido a la aparición de casos de secuelas de Covid-19, principalmente en las especialidades de neumología, cardiología y neurología. Los pacientes dados de alta (con Covid-19 y otros pacientes crónicos) también fueron telemonitoreados por el hospital como una forma de atención continua a través del Servicio de Gestión de Altas.

Los pacientes con diagnóstico tardío (p. ej., pacientes oncológicos) que llegan con afecciones clínicas más complejas incurrir en mayores costos financieros. El período pos-Covid implicó la apertura de camas de día, el seguimiento de casos oncológicos, las interconsultas, las vías de atención prioritaria, la actualización de protocolos, una mayor colaboración con los hospitalistas, la implementación de la Casa pos-Covid, estudios sobre estrategias para abordar las listas de espera quirúrgicas congestionadas y campañas de audiometría y resonancia magnética con convenios privados.

Con la reanudación de clases a distancia, los planes de estudio de pregrado buscaron incluir la atención a pacientes con Covid-19, convirtiendo a la CHC en una institución que satisfaga esta demanda en su misión docente. Se llevaron a cabo numerosos proyectos de investigación en el CEP del Hospital, centrados en la condición pos-Covid-19 de pacientes de diversas especialidades: atención materno-infantil, cuidados intensivos, obstetricia y neurología, entre otras. En total, había aproximadamente 600 investigaciones. Además, un evento destacable en el hospital fue que, paralelamente a la vacunación, los alergistas se destacaron al abordar la reacción a la vacuna Covid-19.

DISCUSIÓN

Se observó que el componente de estructura comprendía el mayor contingente de UR. En una reflexión paralela, es posible considerar que este componente requiere que las organizaciones cuenten con una estructura consolidada para brindar atención de salud según las necesidades contextuales. No obstante, constituye el primer componente de la tríada Donabedian.

En consonancia con los hallazgos de esta tesis, un estudio demostró dos aspectos para evaluar el componente estructural de un centro terciario de atención de heridas: 1) las instalaciones y 2) los prestadores de servicios. Como afirman los autores, se implementaron barreras intrapandémicas para proteger tanto a los pacientes como a los profesionales sanitarios de la propagación de la enfermedad, a la vez que se mantenía una comunicación fluida y fluida con métodos virtuales seguros, como WhatsApp Messenger® (así definido en Mountainview, California). Las consultas presenciales se redujeron con la transferencia de la mayoría de las consultas a consultas remotas de telemedicina, con la utilización de la telesalud como recurso valioso¹⁶, lo que puede interpretarse como ganancia importante, especialmente cuando se combina con la implementación de los registros electrónicos de pacientes (historia clínica electrónica, HCE) durante la pandemia.

En Brasil, en cuanto a espacio e instalaciones físicas para la atención, algunos municipios han optado por establecer hospitales de campaña, mientras que otros se han convertido en hospitales de referencia o han reorganizado su capacidad

para regular el número de camas, trabajando de forma conjunta con la red de salud¹⁷. Para los hospitales, contar con instalaciones físicas disponibles con antelación, se considera un beneficio significativo, dado que permite designar un área específica para la atención de pacientes con Covid-19. Esta disponibilidad ha dado lugar a flujos específicos que han evitado el contacto y la contaminación cruzada, en consonancia con otras experiencias publicadas¹⁸⁻²⁰.

La urgencia de ampliar las camas hospitalarias no se limitaba a Brasil ni al CHC. El creciente número de infecciones internacionales alertó a Brasil sobre la necesidad de tomar medidas adicionales a la precaria estructura de camas preexistente²¹. Por lo tanto, la creación de más camas reservadas a pacientes diagnosticados con la enfermedad en áreas hospitalarias específicas requería planificación y elevaba los costos, puesto que tendría que estar vinculada a una infraestructura tecnológica específica, que, a su vez, dependía de otros recursos requeridos para contar con una cama hospitalaria²².

Un parque tecnológico renovado junto al preexistente servicio de Gestión de Camas o Núcleo Interno de Regulación (NIR) se puede destacar como un potencial del hospital en este estudio. Es decir, contar con este servicio ya consolidado, con un diseño en red de salud, flujos regulatorios definidos y la concertación (financiamiento, contratos, habilitación)¹⁸, fueron puntos diferenciadores para actuar con rapidez en la optimización y operacionalización de camas hospitalarias.

La reestructuración de los sistemas de salud requiere transformaciones efectivas en las prácticas asistenciales y el funcionamiento de las organizaciones hospitalarias, que deben coordinarse con los demás servicios que las conforman, como la Red de Atención de Salud (RAS). Esta investigación consideró la red de salud como un importante recurso de apoyo para afrontar la pandemia. La ausencia de la red al inicio de la pandemia, especialmente en Atención Primaria, reforzó una cultura de centralidad hospitalaria, con la inclusión de los servicios de urgencias y emergencias, en la atención de salud. En contrapartida, se observó una transición hacia acciones de vigilancia sanitaria monitorizadas, junto al refuerzo de medidas no farmacológicas —como el movimiento "*fique em casa*" quédate en tu casa— y a la vacunación de la población, tan importantes para afrontar la pandemia. Además, la Atención Primaria de Salud (APS) también necesitó (re)organizarse para gestionar el flujo de atención a los pacientes con Covid-19^{22,23}.

Debido a la complejidad de su estructura física y funcional y a la diversidad de recursos humanos y materiales especializados que demanda para su funcionamiento, un hospital requiere de una inversión financiera alta y constante, que muchas veces supera las utilidades y genera desafíos para su sostenibilidad^{24,25}. Las barreras financieras identificadas en los hallazgos estuvieron relacionadas con los recursos financieros existentes debido a la escasez o incluso falta de disponibilidad de materiales/productos/insumos en el mercado; además, los procesos se vuelven menos ágiles debido a las particularidades de los hospitales públicos en lo que se refiere al proceso de compras.

A principios de 2021, varios estados del país experimentaron un colapso generalizado del sistema de salud debido al alto número de casos y hospitalizaciones. En el estado de Amazonas, la situación se agravó aún más debido a la escasez de oxígeno en los hospitales, lo que provocó que un gran número de personas sufrieran la falta de oxígeno o la reducción del flujo de oxígeno que se les suministraba para intentar conservarlo. Esto provocó la muerte de 19 personas en una sola noche (entre el 13 y el 14 de enero de 2021), sin mencionar la gran cantidad de personas que sufrieron secuelas permanentes por hipoxia²⁶. Sin duda, las experiencias con el uso de este recurso (o la falta de él) y sus consecuencias han tenido consecuencias negativas para la salud, contrariamente a lo observado en este estudio.

Otra reflexión urgente y relevante sobre la estructura reside en las declaraciones de los participantes sobre la falta de inclusión de los profesionales sanitarios en los debates que fundamentaron la toma de decisiones del comité de crisis. Para fomentar el debate, urge preguntar-se: ¿Deberían los profesionales sanitarios participar en la toma de decisiones? Históricamente, las organizaciones sanitarias se han centrado en establecer un modelo de gestión sanitaria que refleje la ideología más adecuada a los procesos de trabajo de sus miembros²⁷.

Este contexto resultó importante como componente del proceso, cuando los profesionales de primera línea destacaron la debilidad que implicaba no participar en las discusiones sobre lo que necesitarían implementar en la práctica. La literatura revela una diversidad de modelos de gestión, que reconoce la centralidad de los modelos hegemónicos de Gestión Científica y Clásica en la Organización de los Cuidados de Enfermería y de Salud, pero también modelos que están ganando terreno al centrarse en la mejora de la atención, la eficiencia del servicio y los costos hospitalarios²⁸. Implementado en 2017, antes de la pandemia, el Modelo de Gestión de Altas se ha convertido en un aliado clave en la planificación de acciones que posibilitan un contexto de autorregulación, atendiendo al perfil de pacientes clínicos con múltiples comorbilidades y difícil manejo, como aquellos con Covid-19²⁹.

El componente estructural de la tríada tenía muchas fortalezas. Junto con los recursos esenciales, la agilidad en la vacunación de los trabajadores de primera línea también se considera un elemento positivo y fortalecedor de la infraestructura hospitalaria. A nivel mundial, entre otros aspectos, los desafíos hospitalarios en la gestión de la pandemia de Covid-19 se relacionaron con los recursos humanos y logísticos, las finanzas y los presupuestos, los problemas psicológicos y la prevención de infecciones²⁹⁻³¹. Todos estos son elementos que conforman estructuralmente una organización. Estos

factores afectan el contexto en el que se brinda la atención: atención física, atención psicosocial y atención relacional cuando se vincula directamente con el paciente, por ejemplo, y se reflejan en todo el proceso de la organización^{5,32,33}.

El proceso es un componente que se refiere a las acciones que realizan los profesionales y los usuarios (pacientes) al brindar y recibir atención, respectivamente. Toda la serie de actividades que se llevan a cabo entre los implicados generalmente da lugar a registros escritos. La atención directa o la gestión de la atención, en esta categoría, dio lugar a numerosos desarrollos/actualizaciones de materiales/documentos que respaldaron la conducta de los involucrados en el proceso. Asimismo, esta medida se considera una fortaleza del CHC, además de destacar la importancia de los protocolos como guía para las acciones.

En consonancia con lo anterior, la enfermería, como miembro del equipo, se destaca como un activo potencial. Los enfermeros colaboraron y desarrollaron protocolos cruciales para la sistematización de las acciones de atención y gestión basadas en la evidencia científica, lo que sirvió de apoyo a todo el equipo^{18,19}.

Estudios han demostrado que el uso de protocolos actualizados sobre una amplia gama de temas de gestión y atención fue esencial para orientar a los profesionales sanitarios sobre los procedimientos adecuados para pacientes con Covid-19^{34,35}. En un escenario de crisis, contar con un mayor contingente de enfermería asignado a puntos estratégicos, como soporte en la gestión de la atención, así como en primera línea, puede considerarse un beneficio para los hospitales. Existe evidencia sólida de que el rol de la enfermería como mediadora de las acciones interprofesionales se puso a prueba durante la pandemia³⁶.

Entre las dificultades percibidas en lo atinente a la estructura, se destaca la suspensión de actividades relacionadas con la docencia e investigación de grado y posgrado, acción que quizás haya impactado en otros engranajes del hospital. Sin embargo, los hospitales universitarios han estado tradicionalmente a la vanguardia de la investigación y el desarrollo de tecnologías sanitarias. Por ello, incluso al inicio de la pandemia, fue posible observar el compromiso del entorno de este estudio, así como de otros hospitales federales con la producción de nuevos conocimientos sobre el Covid-19⁹.

Otros entornos hospitalarios destacaron acciones que coinciden con los hallazgos de este estudio: suspensión o aplazamiento de consultas y atención ambulatoria, restricción o suspensión de visitas; y suspensión o aplazamiento de cirugías electivas. En la gestión, las principales estrategias fueron la capacitación de profesionales para el manejo del Covid-19, la contratación de profesionales de la salud de emergencia y la prestación de apoyo psicológico a los trabajadores³⁷.

En las actividades de extensión, el enfoque principal fue el desarrollo de materiales educativos sobre medidas preventivas. En la misión de docencia e investigación, se suspendieron las actividades de pregrado y posgrado, pero se iniciaron nuevos proyectos de investigación relacionados con el Covid-19⁹. A pesar de estas pérdidas, las residencias médicas se destacaron, especialmente en enfermedades infecciosas, que adquirieron una experiencia significativa durante la pandemia. Por lo tanto, la misión docente del hospital se vio menos afectada.

Muchos profesionales vinculados al hospital en este estudio también estaban desarrollando su investigación en programas de posgrado y, dada la demanda y sobrecarga de trabajo, debieron pausar sus producciones; con lo que se reveló un importante desafío para los profesionales, la doble jornada: trabajador-investigador, en otros vértices, señalada como una triple carga: profesional, familiar y educativa³⁸, cuya existencia puede ser señalada como una brecha que requiere mayores y posteriores discusiones, en los ámbitos profesional, organizacional y académico.

Si bien el CHC buscó garantizar la seguridad de sus profesionales, la pérdida fue considerable en términos de fallecimientos, como se observó en este estudio. El bienestar personal y profesional de los trabajadores de la salud se vio afectado debido al *"contacto diario con la enfermedad, la muerte, sobrecarga de trabajo y cambios en la rutina profesional. Los cambios en la vida diaria incluyen alteraciones del sueño, irritabilidad, llanto, trastornos generales e incapacidad para relajarse y estrés"*^{39:2972}. La satisfacción y las expectativas profesionales deben ser consideradas por la organización⁴⁰, en línea con el modelo de Donabedian.

Esta investigación demostró claramente la sobrecarga de trabajo experimentada por los profesionales del hospital. Un punto fuerte para el CHC fue que, a pesar de todo, solo falleció un empleado y se tomaron todas las medidas para minimizar los riesgos. Los datos sobre la extensa carga de trabajo resultante de las bajas por enfermedad de los empleados pertenecientes a grupos de riesgo y aquellos infectados con la enfermedad, el hacinamiento en las unidades y el aumento de las cargas de trabajo son consistentes en la literatura. En consecuencia, las condiciones laborales se deterioran, ya que la sobrecarga genera agotamiento profesional, riesgos de degradación de la calidad de la atención y aumentos en las bajas por enfermedad debido a enfermedades distintas al Covid-19. Desde la perspectiva de Donabedian, por lo tanto, si este recuso se debilita, es posible que la respuesta se manifieste en perjuicios en lo que respecta al nivel de seguridad del paciente^{43,44}. Esto implica los recursos humanos necesarios, que pueden influir en el proceso, negativa o positivamente, mediante la estructura evidenciada.

Otro resultado importante fue el contexto de los pacientes diagnosticados con Covid-19 tras el alta, lo que impulsó el desarrollo de estrategias para su atención. Durante este período, un impulso significativo para el hospital fue la telemonitorización y el seguimiento posterior al alta de las personas con enfermedades crónicas (o agudización) que no recibían asistencia, con la creación de la consulta externa, además de la labor establecida como una vía de atención para las personas con Covid-19. Esta vía de atención incluyó el triaje inicial y la atención en unidades de referencia, salas y UCI. El servicio de gestión del alta del hospital derivó a los pacientes para su seguimiento en la consulta externa dedicada a la atención pos-Covid-19¹⁸.

Además de lo anterior, se destacan como estrategias para la continuidad de la atención la gestión de camas, la gestión clínica, la discusión de casos en un equipo multidisciplinario, las acciones de educación sanitaria continua y la designación de una enfermera responsable de coordinar las altas. Se crearon mecanismos eficientes de contrarreferencia para pacientes hospitalizados, invirtiendo en la gestión del alta hospitalaria con la introducción de la figura de la Enfermera de Enlace, como puente para la atención posterior al alta en los puntos de RAS del territorio y como apoyo durante la pandemia.

Al respecto, se reconoce que, a pesar de las pérdidas, el hospital obtuvo importantes ganancias frente a la crisis que se suscitó. Un sistema de salud universal, integral y gratuito fue reconocido de manera inédita⁵ lo que puede haber contribuido al fortalecimiento del rol social de un hospital público y gratuito, para la población. Cabe reconocer que, con la estructura que sustentaba y la forma en que organizaba sus procesos, se atendió al paciente con Covid-19.

El objetivo de esta investigación no fue cuantificar los resultados obtenidos en términos de indicadores de gestión y atención. Sin embargo, es pertinente mencionar los datos cuando los reportes destacaron aspectos que conducen a la construcción de indicadores, como, por ejemplo: un número significativo de cancelaciones quirúrgicas (electivas); indicadores orientados a la salud de los trabajadores; el número y la rotación de camas para asignar pacientes con Covid-19 y, por lo tanto, las tasas de ocupación hospitalaria y el tiempo de permanencia en el hospital. Además, indicadores como el aumento de las tasas de IRAS⁴⁷ y úlceras por presión (UPP), observadas con mayor frecuencia en pacientes infectados con el virus SARS-CoV-2, pueden estar relacionado con el deterioro del sistema cardiovascular y de la piel, causado por el virus⁴⁸, y los procedimientos realizados para mejorar la condición, como colocar al paciente en decúbito prono⁴⁹, fueron algunos datos obtenidos de la literatura.

Durante los impactos negativos, por otro lado, observamos la adquisición oportuna de equipos tecnológicos complejos, lo que pudo haber colaborado a la salud de los pacientes con Covid-19, dada la facilidad de acceso, además de favorecer una gestión clínica más eficaz por parte del equipo. Asimismo, una parte significativa de los informes mencionó la consolidación de la enfermería, en contraposición con las lecciones aprendidas.

Los enfermeros de esta área, además de estar en primera línea, fueron asignadas a posiciones estratégicas. La gerencia, así como los miembros del propio Comité de Crisis, respondieron a las presiones y concibieron nuevos modelos de atención, a saber: la modificación de roles, responsabilidades y la combinación de habilidades; la introducción de una atención más asistida por tecnología; y la ampliación del rol del cuidador informal o asistente de cuidado⁵⁰. Estas experiencias requieren reflexión: ¿Qué mantener y qué perfeccionar?

En cuanto al desempeño profesional, las lecciones aprendidas se centraron en la importancia del trabajo multidisciplinario y reforzaron la necesidad de un debate continuo sobre el trabajo interprofesional, que sigue vigente. Un estudio danés reveló que los enfermeros informaron no sentirse implicados en la toma de decisiones sobre los procedimientos relacionados con el Covid-19, ya que la gerencia no fomentaba la interacción con los profesionales de enfermería, lo que generó una sensación de falta de reconocimiento. Además, la falta de formación formal en gestión demostró que algunos gerentes no pudieron gestionar la situación como hubieran deseado. Esto resalta la necesidad de que la formación continua se centre no solo en las habilidades técnicas y procedimentales, sino también en el desarrollo de competencias gerenciales⁵⁰.

Las misiones de docencia e investigación estuvieron parcialmente presentes en subcategorías de los tres componentes de la tríada. En cuanto a la misión docente del hospital en este estudio, la participación de la comunidad académica en el enfrentamiento de la pandemia fue limitada. Sin embargo, cabe reconocer que, si bien la participación fue menos evidente en los profesionales de primera línea, las universidades también estaban atravesando un proceso de organización de sus procesos de trabajo, con educación a distancia y utilizando diversas formas de difundir información sobre lo que se sabía sobre el virus, con transmisiones en vivo (*lives*), educación para la salud y otras estrategias a medida que se adquiría más conocimiento.

La importancia del desarrollo de la investigación se evidenció por la participación en ensayos clínicos para la búsqueda de medicamentos y vacunas contra el Covid-19. En una época en la que solo se disponía de recomendaciones no farmacológicas como estrategia de mitigación, contribuir al desarrollo de medicamentos y vacunas fue un aspecto que reforzó el papel de un hospital federal en su misión de investigación, como se demuestra con este estudio de caso.

Además de abordar los cambios estructurales, los hospitales implementaron reformas procedimentales y funcionales⁵¹, entrelazadas con el *modus operandi* de los profesionales. En el contexto de la investigación, las publicaciones sobre la pandemia sirvieron como herramientas para reforzar la conducta de los profesionales. Si bien la literatura inicial sobre el Covid-19 era escasa, a medida que surgían y se publicaban nuevos descubrimientos, la práctica sanitaria absorbió el núcleo de la investigación científica, dando voz a la Práctica Basada en la Evidencia. De ahí la relación entre docencia e investigación como mecanismo para la atención hospitalaria como marco propicio para el proceso de trabajo.

Si bien el escenario epidemiológico exigió un mayor despliegue de los servicios hospitalarios, sumado al hecho de que microorganismos multirresistentes ya representaban un desafío de larga data, se destacó la presencia y la labor del trabajo en equipo. La resiliencia de los trabajadores de los servicios de apoyo a la gestión de la atención demostró la importancia de buscar herramientas en la investigación para mejorar sus habilidades; es decir, estudiar una gran cantidad de información en tan poco tiempo. Esto, combinado con la experiencia en gestión de la atención, de gerentes y líderes en atención multidisciplinaria, fue un elemento clave que deja un legado positivo al sector sanitario. Las crisis sanitarias transnacionales requieren una respuesta internacional y pueden ofrecer oportunidades de cambio.

Las perspectivas futuras plantean la aparición de nuevos desafíos, por lo que es necesario aprender del pasado y desarrollar estructuras sostenibles para la gestión de las crisis de salud, además de señalar la primera estrategia, que es la inversión sólida en los sistemas de salud^{31,52}.

Esta reflexión final arroja luz sobre el sistema de salud que, como el hospital de este estudio, dispuso la reorganización de sus recursos para la acción profesional y gerencial. El resultado buscaba satisfacer al individuo como centro de la atención contra el Covid-19, a la vez que bregaba por la supervivencia de su estructura. Existe, por lo tanto, una relación causal entre los componentes de la tríada, de modo que la estructura disponible debe ser suficiente para sustentar la ejecución de los procesos inherentes a los planes, que a su vez desencadenan resultados diferentes^{10,11}.

Limitaciones del estudio

En el ámbito metodológico, considerando la modalidad en línea, la limitación puede contrastarse con la abstracción de aspectos que podrían haber surgido de forma diferente en un abordaje presencial. Además, la necesidad de utilizar la tecnología tiene el potencial de generar sesgo de selección.

Respecto al marco teórico utilizado, en cuanto a la satisfacción y expectativas como componente de la tríada de Donabedian, un análisis desde las perspectivas del paciente, discente y docente sería pertinente para una mayor apropiación de la misión docente así como de la investigación, ya que la misión asistencial del hospital tuvo mayor enfoque.

Esto pone de manifiesto una brecha para futuros estudios con este diseño y su aplicación en estudios de campo. En general, realizar un análisis basado en la tríada de Donabedian en un contexto pospandémico podría consolidar el aprendizaje adquirido durante la reestructuración que atravesó el hospital.

CONSIDERACIONES FINALES

En general, debido a la reestructuración mediante la cual el hospital respondió a la demanda de la pandemia, se percibieron ganancias y pérdidas, fortalezas y debilidades, además de los desafíos asumidos durante y con implicaciones futuras.

Estructuralmente, el objetivo era mejorar la dotación de personal operativo mediante la contratación de emergencia, la capacitación y la reasignación de personal en respuesta a la mayor vulnerabilidad impuesta por el virus, así como optimizar las operaciones existentes, desde las funciones administrativas hasta la primera línea. Para facilitar la prestación de servicios, fue necesario rediseñar la infraestructura, además de utilizar y mejorar los espacios físicos existentes.

Los recursos tecnológicos, materiales e insumos requirieron estudios de previsión y aprovisionamiento, así como la renovación de la infraestructura tecnológica, adaptada al perfil del público objetivo. Si bien el desafío residía en la posible escasez de materias primas, lo que se traducía en el déficit de estos recursos para el hospital, también se verificó la agilidad en la adquisición de equipos complejos que facilitarían, también, la atención futura. La crisis impulsó el trabajo en equipo para encontrar soluciones debido al temor ante una posible escasez de medicamentos, así como la participación en la investigación para descubrir una cura para el Covid-19.

Se advirtió que el proceso también (re)pensó, implementó y diseñó la forma en que actuaban los profesionales. Cabe destacar que, en una situación difícil, los profesionales de primera línea, incluso en situaciones sensibles, colaboraron para atender a los pacientes dentro de un rango priorizado de posibles cuidados, a pesar del temor al contagio y la muerte. En la gestión de la atención, la toma de decisiones por parte de los gestores fue categórica, dada la agilidad necesaria. El equipo multidisciplinario sincronizado, combinado con la experiencia previa, servicios ya establecidos como la gestión de camas y la gestión de altas, y la disposición a movilizar acciones para brindar atención,

fueron factores diferenciadores, aunque no hubiese coincidencias en el debate general (gestión de la atención) sobre el proceso de toma de decisiones, como señalaron algunos miembros.

Esto resultó en la provisión de camas y atención a pacientes con Covid-19. Más allá de la suspensión de los procedimientos electivos, lo que afectó a poblaciones específicas que fueron desatendidas, el número de muertes y la gravedad de los casos entre los pacientes que requerían cuidados intensivos urgentes, en contrapartida, se dispuso de recursos, lo que resultó en cambios positivos en el estado de salud de estos pacientes.

En conclusión, es fundamental destacar que el hospital, dentro de sus condiciones reorganizadas, cumplió con la demanda según el objetivo propuesto por sus directivos. La tríada de estructura, proceso y resultados se operacionaliza mediante una interacción práctica, sin la cual la misión de una organización se vuelve ineficaz. Considerando el modo como se llevó a cabo, este registro contribuyó a la planificación de acciones que podrían ser necesarias en situaciones similares y futuras (o próximas) en el ámbito sanitario, así como a la sostenibilidad hospitalaria, un objetivo común de muchas organizaciones, lo que refuerza la relevancia de utilizar modelos y planes de contingencia ante pandemias o crisis que surjan en entornos hospitalarios.

REFERENCIAS

1. Massuda A, Malik AM, Ferreira Junior WC, Vecina Neto G, Tasca R. Pontos-chave para Gestão do SUS na resposta à pandemia COVID-19. Nota Técnica n. 6. São Paulo: IEPS. 2020 [cited 2024 July 1], p: 1-4. Available from: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2020/04/IEPS-GVSAude-NT6.pdf>.
2. Oliveira AC, Lucas TC, Iquiapaza RA. O que a pandemia da Covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? Texto Contexto Enferm. 2020 [cited 2023 Aug 18]; 29:e20200106. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106>.
3. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS, et al. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil. Cênc. saúde coletiva. 2020 [cited 2025 June 9]; 25(Supl.1):2423-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>.
4. Casafont C, Fabrellas N, Rivera P, Olivé-ferrer MC, Querol E, Venturas M, et al. Experiences of nursing students as healthcare aid during the Covid-19 pandemic in Spain: a phenomenological research study. Nurse Educ Today. 2021 [cited 2024 July 1]; 97:104711. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104711>.
5. Rebello, PD. Qualitative analysis of nurses' performance and experiences in hospital management in the face of COVID-19. Ciênc. saúde coletiva. 2024 [2025 June 6]; 29(8):e05052024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.05052024EN>.
6. Singer D. Clinical and health policy challenges in responding to the COVID-19 pandemic. J Postgrad Med. 2020 [Cited 2025 June 6]; 96(1137):373-4. DOI: <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138027>.
7. Medeiros EAS. Challenges in the fight against the Covid-19 pandemic in university hospitals. Rev Paul Pediatr. 2020 [cited 2024 Jan 31]; 38:1-2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2020086>.
8. Goh KJ, Wong J, Tien JCC, Ng SY, Wen SD, Phua GC, et al. Preparing your intensive care unit for the Covid-19 pandemic: practical considerations and strategies. Crit Care. 2020 [cited 2024 Jan 31]; 24(215): 1-12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02916-4>.
9. Santos JL, Lanzoni GM, Costa MF, Debetio JO, Sousa LP, Santos LS, et al. How are university hospitals coping with the Covid-19 pandemic in Brazil? Acta Paul Enferm. 2020 [cited 2024 Feb 1]; 33:APE2020A)01755. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020A001755>.
10. D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2006 [cited 2024 June 10]; 59(1):84-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000100016>.
11. Donabedian A. Quality assessment and monitoring. Retrospect and prospect. Eval Health Prof. 1983 [cited 2024 Feb 1]; 6(3):363-75. DOI: <https://doi.org/10.1177/016327878300600309>.
12. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
13. Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. Sociol Meth Res. 1981 [cited 2024 Feb 1]; 10(2):141-63. DOI: <https://doi.org/10.1177/004912418101000205>.
14. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. Rev Bras Enferm. 2018 [cited 2024 Feb 1]; 71(1):228-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.
15. Oliveira DC. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma técnica maior nas pesquisas qualitativas. In: Lacerda MR, Costenaro RGS, eds. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá; 2016. p. 467-511.
16. Evans KK, Bekeny JC, Zolper EG, Steinberg JS, Atves JN, Benedict CD, et al. Ensuring quality care in the Covid-19 Era: applying the Donabedian Model to tertiary wound care center practices. J Am Podiatr Med Assoc. 2023 [cited 2024 Jan 31]; 113(2):. DOI: <https://doi.org/10.7547/20-080>.
17. Noronha KVM, Guedes GR, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D, et al. The Covid-19 pandemic in Brazil: analysis of supply and demand of hospital and ICU beds and mechanical ventilators under different scenarios. Cad Saúde Pública. 2020 [cited 2024 Jan 31]; 36(6):e00115320. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00115320>.
18. Bernardino E, Nascimento JD, Raboni SM, Sousa SM. Care management in coping with Covid-19 at a tevering hospital. Rev Bras Enferm. 2021 [cited 2021 July 10]; 74(supl 4):e20200970. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0970>.

19. Lazzari DD, Galetto SGS, Perin DC, Santos JLS, Becker A, Acosta CM. Reorganization of nursing work in an intensive care unit during the Covid-19 pandemic. *Rev Gaúcha Enferm.* 2022 [cited 2024 sep 13]; 43:e20200179. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20200179.en>.
20. Ribeiro IAP, Lira JAC, Maia SF, Almeida RN, Fernandes MA, Nogueira LT, et al. Gestão em enfermagem: reflexões acerca dos desafios e estratégias frente à COVID-19. *Enferm Atual.* 2021 [cited 2024 Feb 1]; 95(33):e-021044. Available from: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1053/852>.
21. Santos JL, Lanzoni GM, Costa MF, Debetio JO, Sousa LP, Santos LS, et al. How are university hospitals coping with the Covid-19 pandemic in Brazil? *Acta Paul Enferm.* 2020 [cited 2024 Feb 1]; 33:eAPE20200175 [cited 2024 Feb 1]. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01755>.
22. Andrezza R, Chioro A, Bragagnolo BM, Silva FF, Pereira AL, Mauri L, et al. Planned discharge and the inter-professional relationship from the perspective of the nursing actions during the Covid-19 pandemic. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2023 [cited 2024 July 30]; 28(10):3023-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.11092023EN>.
23. Arnaldo JGS, Radovanovic CAT, Magnabosco GT, Salci MA, Galdino MJQ, Martins MA, et al. Reorganization of the work process in primary health care in coping with COVID-19. *Cogit Enferm.* 2023[cited 2024 Jan 30]; 28:e91105. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.91105>.
24. Mozachi N, Souza VHL. *O Hospital-Manual do Ambiente Hospitalar.* 4. ed. São Paulo: Direção Cultural; 2017.
25. Silva TO, Vieira LM, Lemos TS, Sant'Anna FP, Sanches RS, Martinez MR. Hospital management and nursing management in the light of the lean philosophy in healthcare. *Cogitare Enferm.* 2019 [cited 2024 Feb 22]; 24:e60003. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.60003>.
26. Brandão CC, Medonça AVM, Souza MF. The ministry of health and the management of the fight against the covid-19 pandemic in Brazil. *Saúde Debate.* 2023 [cited 2024 Jan 30]; 47(137):58-75. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313704>.
27. Sze RW, Vera CD, Hogan L, Iyer RS. If Disney ran your pediatric radiology department: a different approach to improving the patient and family experience. *Pediatr Radiol.* 2019 [cited 2024 Feb 1]; 49(9):493-9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00247-018-4308-4>.
28. Silva GT, Góis RM, Almeida DB, Santos TB, Cantarino MS, Queirós PJ, et al. Evidence on nursing management models in hospital services: an integrative review. *Acta Paul Enferm.* 2021[cited 2024 Feb 1]; 39:eAPE002095. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02095>.
29. Bernardino E, Selleti JDN, Silva OBM, Gallo VCL, Vilarinho JOV, Silva OLS, et al. Complex clinical hospital model of discharge management: conception and implementation. *Cogitare Enferm.* 2022 [cited 2024 June 24]; 27:e87463. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87463>.
30. Chetterjee P. Gaps in India's preparedness for Covid-19 control. *Lancet Infect Dis.* 2020 [cited 2024 June 24]; 20:544. DOI: [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30300-5](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30300-5).
31. Mohammadiinia L, Saadatmand V, Sardashti HK, Darabi S, Bayat FE, Rejeh N, et al. Hospital response challenges and strategies during Covid-19 pandemic: a qualitative study. *Front Public Health.* 2023 [cited 2024 Feb 1]; 11:1167411. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1167411>.
32. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. *Rev Calidad Asistencial.* 2001 [cited 2024 Feb 1]; 16(1):11-27. Available from: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/5285/5434/6799>.
33. Borges F, Bernardino E, Rorato C, Bobrowec DCR, Silva OLS, Carvalho AGRP, et al. Nursing care for hospitalized patients with COVID-19 in light of Fundamental Care. *Rev Bras Enferm.* 2025;78(2):e20240075. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0075pt>.
34. Paula VRM, Paula GM, Linares FDC, Afonso TC. Enfrentando Covid-19 em uma instituição hospitalar privada: relato de experiência. *Braz J Develop.* 2020 [cited 2024 Aug 10]; 6(11):87727-45. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-264>.
35. Vianna ECC, Pestana LC, Meireles IB, Rafael RMR, Marziale MHP, Faria MG, et al. Gestão de recursos em um serviço hospitalar de emergência federal diante da pandemia de Covid-19. *Rev Bras Enferm.* 2022 [cited 2024 Aug 10]; 75(Suppl 1):e20210149. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0149>.
36. Andrezza R, Chioro A, Bragagnolo BM, Silva FF, Pereira AL, Mauri L, et al. Planned discharge and the inter-professional relationship from the perspective of the nursing actions during the Covid-19 pandemic. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2023 [cited 2024 sept 25]; 28(10):3023-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.11092023EN>.
37. Oliveira JC de, Borges F, Tonini NS, Maraschin MS, Bernardino E. Performance of hospital nurses in the management of the COVID-19 crisis. *Rev Enferm UERJ.* 2023[cited 2024 Sep 29]; 31(1):e70954. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2023.70954>.
38. Vieira A, Amaral GAA. The art of being a Hummingbird in women's triple-shift workday. *Saúde Soc.* 2013 [cited 2024 Feb 1]; 22(2):403-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200012>.
39. Machado MM, Ferreira WE, Vitória MÁ, Magalhães Júnior HM, Jardim LL, Menezes MAC, et al. Deaths of doctors and nursing staff by COVID-19 in Brazil: a sociological approach. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2023 [cited 2024 Jan 31]; 28(10):2965-78. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.05942022>.
40. Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención. *Salud Pública de México.* 1993 [cited 2024 Aug 26]; 35(1):94-7. Available from: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5636/6131>.
41. Reis LM, Lago PN, Carvalho AHS, Nobre VNN, Guimarães APR. Atuação da enfermagem no cenário da pandemia Covid-19. *Nursing.* 2020 [cited 2024 Aug 26]; 23(269):4765-68. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i269p4765-4772>.
42. Vianna R, Moyo S, Amoako DG, Tegally H, Scheepers C, Althaus CL, et al. Rapid epidemic expansion of the SARS-CoV-2 Omicron variant in Southern Africa. *Nature.* 2022 [cited 2024 Aug 26]; 603:79-86. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41586-022-04411-y>.
43. Ferreira CIGM, Diniz ACA, Bordalo IMSVL, Leitão MJLS, Ramos SMSV. Podemos falar de segurança do paciente durante uma pandemia? Uma experiência portuguesa. *Cad Ibero-Am Direito Sanit.* 2021 [cited 2024 Jan 31]; 10(1):129-48. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/682>.

44. Papacosta TLS, Pinheiro LCF, Souza JCS, Dias NM, Lima AB, Cordeiro LRM. Equipamentos de proteção individual e sua utilização no cenário da pandemia por Covid-19: relato de experiência. *Rev Enferm Atual*. 2020 [cited 2024 Jan 31]; 94(32):e-020069. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.909>.
45. Belga SMMF, Jorge AO, Silva KL. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. *Saúde Debate*. 2022 [cited 2024 Jan 31]; 46(133):551-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321>.
46. APSREDES. A atuação da Enfermeira de Ligação no Modelo CHC/UFPR de gestão de altas. *APSRedes*. 2023 [cited 2024 Jan 30]. Available from: <https://apsredes.org/modelo-chc-ufpr/>.
47. Tangerino JC, Tangerino GC, Santos AJ, Moscardi J, Bonato MEW, Amaro LF. Infecções relacionadas a assistência à saúde e Covid-19: Impacto nos desfechos clínicos e perfil microbiológico em unidades de terapia intensiva da cidade de Araras-SP. *Braz J Infect Dis*. 2022 [cited 2024 Jan 30]; 26:102250. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102250>.
48. Montgomery AP, Patrician PA, Hall A, Miltner RS, Enogela EM, Polancich S. Modeling patient risk for hospital-acquired pressure injuries during Covid-19: a retrospective study. *J Nurs Care Qual*. 2022 [cited 2024 Jan 30]; 37(2):162-7. DOI: <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000602>.
49. Mota BS, Barbosa IEB, Fonseca AR, Siqueira DSG, Sampaio EC, Melo FS, et al. Lesão por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva e profissionais de saúde durante a pandemia da Covid-19. *Braz J Develop*. 2021 [cited 2024 Jan 30]; 7(4):43066-82. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-664>.
50. Kitson AL, Conroy T, Jeffs L, Carr D, Huisman-Dewaal GJ, Muntlin A, et al. No more heroes: the ILC Oxford Statement on fundamental care in times of crises. *J Adv Nurs*. 2023 [cited 2024 Jan 31]; 79(3):922-32. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.15533>.
51. Hølget-Hazelton B, Kjerholt M, Rosted E, Hansen ST, Borre LZ, McCormack B. Improving person-centred leadership: a qualitative study of ward managers' experiences during the Covid-19 crisis. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021 [cited 2024 Jan 31]; 14:1401-11. DOI: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S300648>.
52. Begner S. The EU's Global Health Crisis Management: Past and Present. *E Int Relat*. 2020 [cited 2024 Aug 20]. Available from: [https://www.e-ir.info/2020/04/17/the-eus-global-health-crisis-management-the-past-the-present/..](https://www.e-ir.info/2020/04/17/the-eus-global-health-crisis-management-the-past-the-present/)

Contribuciones de los autores

Concepción, F.B. y E.B.; metodología, F.B. y E.B.; software, F.B.; validación, F.B., E.B. y N.S.T.; análisis formal, F.B. y E.B.; investigación, F.B.; recursos, F.B. y E.B.; curaduría de datos, F.B. y E.B.; redacción, F.B.; revisión y edición, F.B.; E.B.; A.M. P.; N.S.T.; M.F.B.A.C.; E.G.P. y C.D.; visualización, F.B.; E.B.; A. M. P.; N.S.T.; M.F.B.A.C.; E.G.P. y C.D.; supervisión, E.B.; administración del proyecto, F.B. y E.B.; adquisición de financiación, E.B. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.

Open Data

Los datos de investigación están disponibles en el repositorio digital de la Universidad Federal de Paraná, Brasil. Sector de Ciencias de la Salud. Programa de Posgrado en Enfermería. Sitio web: <https://hdl.handle.net/1884/87490>.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la redacción del manuscrito "*Reestructuración de un hospital general para combatir la pandemia de Covid-19: un análisis de Donabedian*".