

ARTÍCULO ORIGINAL

Estrategia integral ante la pandemia de COVID-19 en la Ciudad de México^{&#}

Juan Manuel E. Castro Albarrán

Subsecretario de Prestación de Servicios Médicos e Insumos. Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Resumen: En primer lugar, este trabajo incluye una breve sección de antecedentes de la pandemia del COVID-19 a nivel mundial; en segundo término, describe la forma en que se planeó y se fue ajustando la respuesta social organizada frente a la pandemia en la Ciudad de México (CDMX); y finalmente, resume las principales acciones realizadas como Secretaría de Salud en el ámbito sectorial e intersectorial en la CDMX y su Zona Metropolitana.

Palabras clave: epidemiología, COVID-19, Ciudad de México, respuesta social.

Antecedentes

El 31 de diciembre del 2019 la República Popular China emitió una alerta epidemiológica a nivel mundial. Se trataba de un brote de 27 personas con el Síndrome de Infección Respiratoria Aguda Grave (SIRAG) en la provincia de Wuhan, China. Los epidemiólogos y salubristas en ese momento pensamos que podría tratarse de la “esperada pandemia de influenza”, similar a las ocurridas en 1918-1919, o en 1957, dado que ha tenido comportamientos recurrentes. La epidemia de hace 100 años, cobró más vidas que la Primera Guerra Mundial. Sin embargo, en esta ocasión, no se trató de un virus de Influenza.

Poco a poco se fue obteniendo mayor información, China informó que se trataba de un Coronavirus. Hasta ese momento se tenía conocimiento de siete cepas que circulaban en la población y que habían sido caracterizadas desde los años sesentas hasta antes del 2019, a saber:

- 229E (alfa).
- NL63 (alfa).
- OC43 (beta).
- HKU1 (beta).
- SARS-CoV (beta) (Asia 2003)
- MERS-CoV (beta) (Arabia Saudita 2012)

Las cuatro primeras son causantes de infecciones respiratorias comunes, similares a la gripe. En el año

2003, en China tuvo origen una epidemia con mayor impacto en el continente asiático: se trataba del SARS-CoV que era causante de Síndrome de Infección Respiratoria Aguda Grave (SIRAG). Posteriormente, una nueva entidad clínica denominada Síndrome de Enfermedad Respiratoria de Medio Oriente fue causada por el MERS-CoV, en el 2012. El virus causante de la pandemia actual es un Coronavirus de RNA monocatenario, Beta, que se denominó SARS-CoV-2. La OMS denominó a la enfermedad causada por este virus como: COVID-19.

El 13 de enero del 2020 se reportó en Tailandia el primer caso de COVID-19 fuera de China; al día siguiente se reportó un caso en Japón y el día 21 del mismo mes en Estados Unidos. Para el día 29 de enero del 2020 existían casos importados en nueve países fuera de China. Hasta ese momento la tasa de letalidad era baja; parecía tratarse de una enfermedad con afección respiratoria, lo que sugería que podría ser controlada con medidas de contención. Los epidemiólogos y salubristas se mostraban optimistas y suponían que podría tenerse un mejor control en comparación con la pandemia por Influenza A H1N1 en 2009.

El 30 de enero de 2020, el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional de la OMS declaró la situación como una emergencia de salud internacional, para ese momento había 7,711 casos en China, 170 defunciones y había ya 80 casos en 18 países fuera de China.

[&] Versión resumida y editada por el autor, de la conferencia que impartió el día 28 de octubre de 2020 en el Seminario Permanente de Salud Pública, organizado por la Facultad de Medicina de la UNAM y transmitido por Facebook Live. Disponible en: <https://buff.ly/3pr0kIf>. Por lo tanto, debe considerarse que el documento fue elaborado antes de que la Ciudad de México y el estado de México regresaran al semáforo epidemiológico rojo de COVID-19, el sábado 19 de diciembre de 2020.

[#] El contenido de los artículos es responsabilidad de sus autores y no necesariamente refleja la postura de la Facultad de Medicina.

Durante el mes de febrero comenzaron a detectarse casos de transmisión comunitaria en Medio Oriente y Europa. A finales del mes de febrero hubo un desplome de servicios en Italia y España, aparentemente provocado por una serie de eventos sociales, deportivos y culturales que reunieron a personas de diversos países, lo que derivó en una dispersión acelerada de casos en Europa, que a su vez, ocasionó la saturación de los servicios de atención sanitaria. Hasta ese momento aún no existía evidencia suficiente para promover el uso masivo de cubrebocas, lo que contribuyó aún más a la dispersión del virus.

Italia trató de establecer medidas de contención extrema; sin embargo, hubo pobre respuesta de la población y en la región norte las personas trataron de evadir el confinamiento y viajaron hacia el sur del país, lo que propagó muy rápidamente la transmisión.

El 28 de febrero se documentó el primer caso importado en México. Se trató de un caso, con un par de contactos relacionados que habían asistido a la misma convención en el norte de Italia. Fue hospitalizado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) para su estudio y durante su estancia no tuvo complicaciones graves.

El 11 de marzo la OMS declaró el problema como Pandemia, para ese momento había 118,000 casos en 114 países, y un total de 4291 defunciones. La tasa de letalidad permanecía baja hasta ese momento, pero comenzaba a elevarse en Europa y los Estados Unidos.

Preparación de la respuesta social organizada en la Ciudad de México

Como en casos similares, cuando se emiten alertas de salud internacional, desde el inicio del mes de enero se activó la alerta en el Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México (AICM). La definición operacional en ese momento consideraba la sintomatología compatible y, además, el antecedente de haber estado en sitios donde ya existía transmisión comunitaria (primero China, luego otros países asiáticos). Poco a poco la lista de países se fue ampliando, y las definiciones de caso se fueron ajustando en el tiempo según la evolución de la pandemia.

En el caso de la Ciudad de México (CDMX), dado que se estaba en la temporada de influenza, las unidades centinela o USMI (16 en unidades ambulatorias de las 16 jurisdicciones sanitarias, más 7 de hospitales) ya se encontraban activadas y reportando, por lo que se decidió reforzarlas y ampliarlas. También, fue activado el Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica, así como el Comité de Seguridad en Salud de la Ciudad de México. Además, se convocó a la primera reunión del Consejo de Salud de la CDMX.

Por otro lado, se estableció contacto con la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), y se desarrollaron reuniones de trabajo para preparar una respuesta conjunta. El objetivo de la Respuesta Social Organizada en relación a la COVID-19 ha sido la construcción de una respuesta unitaria metropolitana.

Uno de los obstáculos a los que nos enfrentamos como sector para contender con la pandemia, está relacionado con la situación de un Sistema de Salud históricamente segmentado y fragmentado, que además fue desmantelado sistemáticamente desde hace cuatro décadas por los gobiernos neoliberales. Ejemplo de ello son las restricciones en la contratación de personal y la falta de recambio generacional durante los periodos de ajuste en los años ochenta y noventa, que han tenido diversos efectos deletéreos, entre ellos el “envejecimiento” de la base trabajadora.

Cuando se estableció el resguardo de personas adultas mayores y personas con comorbilidades, perdimos cerca del 60% de nuestra fuerza laboral. La descentralización también contribuyó al desmantelamiento de los servicios de salud, fragmentando la respuesta en 32 servicios estatales distintos.

A inicios del siglo XXI, se creó el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), que favoreció la atención médica individual a libre demanda, mucho más que a la Salud Pública; y además, propició el acceso limitado a la atención médica, restringido por un “paquete de intervenciones” que incluye una mínima fracción de lo cubierto por la seguridad social, bajo un esquema de aseguramiento, el cual debía ser contratado por el usuario y renovado periódicamente para que no se interrumpiera la cobertura.

Esos elementos son los que, al momento de iniciar la pandemia de SARS-CoV-2 se hicieron aún más evidentes en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMVMX). Si bien desde el inicio del año 2019 se estaba trabajando en la creación de un Sistema Universal en Salud, aún no estaba ni cerca de estar consolidado. Una ventaja relativa de la CDMX, fue que, desde el año 2001, ya se había puesto en marcha la gratuidad en la prestación de servicios y medicamentos para residentes de la Ciudad que no tenían afiliación alguna a la seguridad social. En 2006 este programa se convirtió en Ley.

Todas las dificultades se han venido enfrentando mediante el fortalecimiento de la colaboración interinstitucional y de la participación de otros sectores de la Administración Pública de la zona metropolitana, en los niveles municipal, estatal y federal e incluso, del sector privado. Hay una sola coordinación, presidida por la jefa de gobierno de la Ciudad de México.

La Secretaría de Salud de la Ciudad de México está conformada por diversas organizaciones, de las cuales dos se encargan de prestación directa de servicios: 1) La Dirección General de Servicios de Salud Pública, que coordina las 16 Jurisdicciones Sanitarias, los Centros de Salud, y tiene a su cargo la vigilancia epidemiológica en toda la entidad; y 2) La Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y de Urgencias, que tiene a su cargo los hospitales públicos de la CDMX y los servicios de urgencias prehospitales. Ambas áreas coordinan 32 hospitales, 230 Centros de Salud, 11 clínicas de especialidades y 32 Unidades para atención de adicciones. La infraestructura provee servicios de primero y segundo nivel. El tercer nivel es ofrecido por los hospitales federales de referencia (Hospital General de México, Hospital Juárez y Hospital Infantil de México) y los Institutos Nacionales de Salud.

Durante la fase de preparación, se fortaleció el Laboratorio Estatal de Salud Pública, en particular el componente de biología molecular; se aseguró la provisión de insumos y equipos de protección personal (EPP) para todos los trabajadores de salud, de acuerdo con su nivel de riesgo. Se llevó a cabo la compra de ventiladores y monitores para un fortalecimiento de las áreas de cuidados intensivos en los

hospitales. Simultáneamente se realizó un proceso de capacitación masiva para el uso adecuado de los EPP.

Otra parte importante de la preparación, fue el plan de reconversión hospitalaria. Durante la primera etapa del plan de reconversión, la Ciudad intervino tres hospitales generales y un hospital pediátrico para sumarse a la ampliación de espacios hospitalarios adecuados para la atención de la COVID-19. Otros hospitales federales como el INCMNSZ y el INER también hicieron ajustes para este fin.

Al inicio de la reconversión, se estimaba que la Ciudad contaba con un total de 220 camas de cuidados intensivos. La meta conjunta con la CCINSHAE era contar con un total de 850 camas con ventilador y monitor. Para lograrlo, fue necesaria la compra de ventiladores, incluso con apoyo federal. El proceso de la compra tuvo dificultades por la gran demanda mundial.

Otra de las estrategias que fueron implementadas fue el establecimiento en todos los hospitales de filtros de tamizaje conocidos como “Triages”, para clasificar a los pacientes según su condición de sintomatología, gravedad y urgencia de atención. Además, en los tres hospitales generales COVID se instalaron carpas de hospitalización temporal con capacidad total de 240 camas.

Poco a poco, la evidencia científica hizo notar que la COVID-19 no era sólo una enfermedad infecciosa respiratoria, sino una enfermedad multi-sistémica con compromiso de diferentes órganos, por lo que la atención médica en muchos casos requiere de alta especialidad. Se conformó un equipo metropolitano de investigación, coordinado por CCINSHAE.

No fue sino hasta la segunda mitad del mes de marzo que hubo evidencia de los primeros casos de transmisión comunitaria en México. En ese momento se había logrado consolidar la reconversión de hospitales, el equipo adquirido estaba en proceso de entrega y se tenía una vinculación sanitaria estrecha a nivel metropolitano. Como parte de la difusión de información sobre la epidemia, se dio inicio a los comunicados diarios por parte de la Jefatura de Gobierno que se sumaron a las conferencias de prensa nocturnas diarias por parte de la Secretaría de Salud del Gobierno de México.

Principales acciones contra la COVID-19

Durante la fase de transmisión comunitaria, en el mes de marzo, se comenzaron aplicar ciertas restricciones a la movilidad, como la posposición de eventos masivos de más de 1,000 personas, la suspensión de audiencias públicas y asambleas ciudadanas, así como la implementación de medidas de higiene y limpieza en el transporte público. Se continuó con la suspensión de trámites presenciales, el cierre temporal de actividades en alcaldías y dependencias y la instauración extraordinaria del hoy no circula, y a nivel del transporte público el cierre del 20% de estaciones del metro, metrobús y trolebús.

El 17 de marzo, la Agencia Digital de Innovación Pública presentó el Servicio de Información SMS COVID-19, en el cual mediante un mensaje de texto con la palabra “covid19” al 51515, la ciudadanía se podría informar sobre qué hacer en caso de presentar síntomas relacionados con esta enfermedad. El SMS ha ido evolucionando, conforme transcurre la epidemia y se ha vinculado estrechamente al Sistema de Vigilancia Epidemiológica del COVID-19. El sistema analiza la sintomatología a través de una encuesta y algoritmos, que permiten, a través de los operadores (médicos) de Locatel y del teléfono 911, interactuar con las personas ofreciendo instrucciones precisas de que hacer en cada caso de acuerdo con su clasificación de riesgo. Si el usuario se encuentra en una situación de emergencia, se le contacta inmediatamente al 911, para regular su ingreso a un hospital con apoyo de ambulancia. En otros casos, se les proporcionan instrucciones para quedarse en su casa y esperar la atención de una brigada sanitaria que le programa una prueba de detección para SARS-CoV-2, o en su defecto, le brinda información sobre los sitios a dónde acudir a realizarse dicha prueba.

Con el objetivo de unificar la atención médica a distancia, evitar la saturación de los números telefónicos de emergencias y dar prioridad a las personas que necesiten la atención médica, se buscó crear un solo sistema de atención médica a distancia en la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM), ya que hasta ese momento coexistían tres servicios diferentes con la misma función: el servicio de atención médica a distancia de la SSA a través del SMS al 51515 y dentro del Centro de Comando, Control,

Cómputo, Comunicaciones y Contacto Ciudadano de la CDMX (C5), el número de atención de emergencias 911 y el servicio de LOCATEL. Desde el mes de abril, el mecanismo es único y tiene estrecha coordinación. Para apoyar al personal médico que laboraba en estos servicios, instituciones académicas como la UAM Xochimilco, realizaron convenios que permitieron a los médicos que realizaban su servicio social prestar sus servicios en esta estrategia de atención.

El 23 de marzo se declaró la suspensión de clases en todos los niveles educativos. Posteriormente, el 31 de marzo se realizó la declaratoria de emergencia por parte del Consejo de Vigilancia Sanitaria de la CDMX y a partir de ese momento, el comité metropolitano se estableció en sesión permanente, presidiendo diariamente por la Jefa de Gobierno.

En el mes de abril se suscribió un convenio con los inversionistas que tienen concesionado el *Centro de Convenciones Citibanamex*. Se tomó como ejemplo la habilitación de hospitales temporales en España y en la ciudad de Wuhan, que pudieran de alguna manera atender los casos leves y algunos severos de COVID-19, con el objetivo de evitar la saturación de los hospitales. Con esta inversión, el *Centro de Convenciones Citibanamex* se convirtió en una unidad de hospitalización temporal, con una capacidad de 850 camas incluyendo unidades de terapia respiratoria intermedia. Sólo se aceptaban pacientes con COVID-19 que hubieran estado en unidades de cuidados intensivos o con apoyo ventilatorio invasivo y estuvieran convalecientes, referidos por las instituciones de salud. El Gobierno de la CDMX se encargó de pagar los salarios al personal sanitario, proveer medicamentos, insumos, entre otros costos. Los inversionistas proveyeron el espacio y el equipamiento, mientras que la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Facultad de Medicina, la operación de los servicios de bata gris o servicios generales del hospital.

Durante toda la epidemia se fue transformando el objetivo inicial de únicamente atender pacientes convalecientes en una unidad de hospitalización temprana, para atender a pacientes no complicados y complicados. Esto ha sido de gran ayuda a todas las instituciones del sector salud para desfogar la aten-

ción de los hospitales. Con la aplicación de estas acciones se logró que en ningún momento colapsaran los hospitales de la CDMX o los Institutos Nacionales de Salud.

Para el mes de mayo, se alcanzó a tener cerca de 2,000 camas con ventilación mecánica en la ZMVM, gracias a la cooperación del Instituto de Salud del Estado de México, la Secretaría de Salud, la CCINS-HAE, incluyendo las camas reconvertidas del IMSS, ISSSTE, SEDENA y de MARINA. Además, se contó con el apoyo de médicos internacionales con la Brigada Médica Internacional Henry Reeves de Cuba.

La cantidad de pruebas ha aumentado en la CDMX. Actualmente es la entidad federativa con mayor aplicación de pruebas en el país. Inicialmente el número de pruebas era bajo, debido a que no en todos los laboratorios estatales de Salud Pública se contaba con ese servicio. Fue necesaria la compra y la producción de insumos para realizar mayor cantidad de pruebas. Gracias a la colaboración de la UNAM, a través de la Facultad de Medicina, la Facultad de Química y el Instituto de Investigaciones Biomédicas, se crearon medios de transporte viral e hisopos que fueron indispensables para realizar una mayor cantidad de pruebas. Así mismo se realizó una gran inversión por parte del Gobierno de la CDMX en los laboratorios del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), el Instituto Nacional de Medicina Genómica, el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), y el Laboratorio Estatal de Salud Pública. Actualmente se revisan y evalúan nuevas tecnologías diagnósticas, que buscan implementar pruebas reactivas rápidas de antígenos que den un resultado en menor tiempo, aproximadamente de 15 minutos, en comparación con las pruebas de PCR que tardan entre 48 horas y 4-5 días en proporcionar el resultado. Al momento de redactar este documento, ya se implantaron las pruebas rápidas de Antígeno y en la CDMX se están realizando alrededor de 20,000 pruebas diarias.

Se fortaleció el trabajo territorial y la ciudadanía tuvo mayor participación, lo que contribuyó a mantener una disminución significativa del número de hospitalizaciones. El programa territorial para la detección y aislamiento de casos positivos COVID-19

busca conocer cuáles son las colonias con más riesgo para adquirir la enfermedad, y a partir de ello, implementar estrategias integrales que permitan frenar el avance de la epidemia; por ejemplo, la instalación de módulos de toma de pruebas para COVID-19 en quioscos y centros de salud de las colonias con mayor afectación.

Por medio de las cámaras instaladas en las calles de la Ciudad, se monitorea el uso de cubrebocas en la ciudadanía, lo que indica su nivel de participación en el cumplimiento de esta medida. La Agencia Digital de Innovación Pública realiza una estimación diaria del uso del cubrebocas. Con esta y otras variables se hace una ponderación de colonias que requieren un trabajo territorial intensivo. Actualmente, existen colonias que requieren atención prioritaria, tales como la colonia Morelos y el barrio de Tepito. Por el contrario, se ha observado que en la Alcaldía Iztapalapa y en los pueblos originarios de Tláhuac, Milpa Alta y Tlalpan, la participación ciudadana es muy alta.

Las actividades económicas y sociales de la CDMX no pueden disminuirse fácilmente, ya que no toda la ciudadanía cuenta con un trabajo formal y un salario fijo, por lo que tener una cuarentena en el sentido estricto de la palabra no es posible. Por lo tanto, se requiere de un equilibrio entre las medidas sociales y epidemiológicas para lograr contener la epidemia.

El curso de la epidemia depende en gran medida de la participación y la conciencia ciudadana; actualmente, luego de un curso estacionario, que indicaba una fase prolongada de transmisión comunitaria, se está dando un repunte, vinculado con la actividad de la gente en las calles y la realización de fiestas y reuniones.

Finalmente, es importante señalar que aún falta mucho para poder afirmar que existe un control de la epidemia.