

La Unidad Temporal COVID-19 del Centro Citibanamex: ¿la campana de la esperanza o de alerta?

Ana Rita Castro* • Rosiane de Melo**

El presente trabajo tiene como objetivo conocer la organización, funcionamiento y filosofía de la Unidad Temporal COVID-19 en el Centro Citibanamex, ubicado en la Ciudad de México. Esto a partir de una entrevista realizada a un actor clave, como es el actual director médico de la propia unidad. Para ello, construimos una guía de la entrevista que contempló 4 dimensiones: proceso de atención, gestión, recursos humanos y retos y visión a futuro.

La mirada desde donde se analizan estas dimensiones y las alusiones del discurso por parte de la persona entrevistada, es desde la Medicina Social y la Salud Colectiva (de ahora en adelante MS-SC) y retomando algunos conceptos clave de la teoría política. Lo que nos permite señalar que desde estas perspectivas teóricas conformamos nuestro marco de referencia.

La MS-SC estudia los fenómenos de salud-enfermedad-atención-cuidado desde una conceptualización amplia, no solamente biológica, ni tampoco identificando lo social, como algo marginal, como un factor o proceso más a incluir. El

reto está en la propia construcción de objetos de estudio que entrelacen -por nombrarlo de alguna manera- estas dimensiones. No es una cuestión menor ni mucho menos obvia, contemplar estas dimensiones biológico-social, pues en las investigaciones y estudios sobre salud, hay una tendencia a una mirada exclusiva en la enfermedad y en su atención, dejando de lado otras dimensiones. No obstante, en los últimos años ha crecido el número de investigaciones desde perspectivas más multi e interdisciplinarias, entre ciencias de la salud y las ciencias sociales.

Es por ello, que para la MS-SC se parte del supuesto que la salud es un campo multidimensional determinando socio-históricamente. Y esto es así, para asumir que las relaciones de poder -sobre todo las del poder político- en un nivel macro, pero también meso y micro, son influyentes en el proceso de salud-enfermedad-atención. En ese sentido, para la MS-SC el sistema de salud no sería el único tipo de determinante en cuanto a tipo de sistema, sino también en gran medida el sistema político.

* Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco. Responsable académica del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC) de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesora de asignatura en la Academia de Ciencias Sociales y Salud de la ENEO. Proyecto PAPIIT IN 305519 Antropo enfermería y cuidados culturales a la salud: migración, interculturalidad y salud pública, de la ENEO, UNAM. castroanarita@gmail.com
** Maestra en Enfermería por la Universidad San Camilo. Tutora académica y clínica del CUEC de la ENEO de la UNAM. Enfermera Supervi-

sora clínica y parte de un equipo de investigación en la Unidad Temporal COVID 19 en el Centro Citibanamex. Profesora de asignatura en la Academia de Ciencias Sociales y de la Salud y en la Academia de Cuidados Comunitarios de la ENEO. Proyecto PAPIIT IN 305519 Antropo enfermería y cuidados culturales a la salud: migración, interculturalidad y salud pública, de la ENEO, UNAM.

Fecha de recepción: 21 de julio de 2020.

Fecha de aceptación: 20 de agosto de 2020.

La dimensión política de la salud: nivel macro

A grandes rasgos, estableceremos 3 elementos para esta dimensión: el Estado, el régimen y el gobierno. Un importante actor del sistema político sería el Estado, que para este trabajo lo vamos a entender como “el conjunto de instituciones y relaciones sociales (casi todas ellas sancionadas y respaldadas por el sistema legal de ese Estado) que normalmente penetran y controlan la población y el territorio que ese conjunto delimita geográficamente” (O’Donnell, 2004:12). Por lo tanto, el Estado incluiría 3 dimensiones: “un conjunto de entes burocráticos, un sistema legal y un foco de identidad colectiva construido por medio de una idea mínima de nación” (O’Donnell, 2004:12 citado por Cantamutto et. al, 2017: 17).

Para la MS-SC el Estado es objeto de análisis, porque se parte que la salud es un derecho humano social, que exige prestaciones y que el sujeto obligado sería el Estado. Asimismo, en el campo de la política social, las políticas públicas en salud son como el *Estado en acción* (Muller, 2002; Jobert, 1994). Por eso es importante, que el Estado sea responsable, el rector en el campo de la salud, y garante de un conjunto de condiciones, para que pueda concretarse el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud.

Siguiendo a O’Donnell, el régimen se compone de “los patrones, formales e informales, y explícitos e implícitos, que determinan los canales de acceso a las principales posiciones del gobierno, las características de los actores que son admitidos y excluidos de ese acceso, los recursos y las estrategias, que les son permitidos para ganar tal acceso, y las instituciones a través de las cuales el acceso es procesado y, una vez obtenido, son to-

mas las decisiones gubernamentales” (O’Donnell, 2004:13-14).

Para el mismo autor, el gobierno son las “posiciones en la cúspide del aparato del estado; el acceso a dichas posiciones se realiza a través del régimen, el cual permite a quienes los ocupan tomar, o autorizar a otros funcionarios del estado a tomar decisiones que son normalmente emitidas como reglas legales y vinculantes sobre el territorio delimitado por el Estado” (O’Donnell, 2004:14).

Los tres elementos que hemos definido suponen a su vez, distintos niveles de análisis, y sus fronteras son borrosas, pero nos permiten ubicar un término en el marco del análisis de la experiencia de la Unidad Temporal COVID-19 del Centro Citibanamex, la ‘crisis en salud en México. Esta sería a ¿qué nivel?: ¿del Estado? ¿o de régimen? O, por el contrario, sería una ¿crisis gubernamental? La respuesta no es obvia, y tampoco resulta retórica, porque dependiendo de donde se ubique la crisis, el tipo de respuesta será diferente.

Pensamos que la crisis es a nivel estatal, donde yacen “los acuerdos más básicos de distribución del poder político y económico, que constituyen las relaciones sociales que dan forma al Estado (Pereyra, 1988 citado por Cantamutto et. al., 2017:19). De ser así, no bastaría solamente con un cambio en las reglas del juego político, para acceder a los distintos cargos, ni tampoco un cambio en los representantes de turno, y nótese que ambas cuestiones en México no son menores, sino que son de suma importancia. No obstante, haría falta incidir y trabajar en las 3 dimensiones que arriba mencionamos que incluye el Estado. En este sentido, la idea de forjar una comunidad política mexicana pasa por ser incluyente y pensarse a partir de una pregunta que retomamos de

Cantamutto et. al. “¿quiénes son parte, y quiénes han sido sistemáticamente relegados?” (2017:20).

Actualmente, en México -y también específicamente en la Ciudad de México-, desde el 2018 se vive un proceso de cambio en el régimen y en el gobierno, que pretende revertir la crisis en el nivel estatal -por lo menos así se ha manifestado discursivamente-. Este cambio en el gobierno con una orientación más progresista enfrenta nuevos retos que, en cuestiones de salud, no solo comprendería cambios a nivel del régimen, y del gobierno de turno, sino que implica revertir ciertas lógicas que imperan en el campo de la salud y el sistema público de salud mexicano: como sería la mercantilización de la salud y la fragmentación del mismo sistema (Tetelboin, 2009; López y Blanco, 2001).

Es así como, como los países latinoamericanos, se han vistos a adoptar para la política social en general, y la política de salud, en particular, las recomendaciones y en varios sentidos imposiciones de los organismos internacionales financieros. “En las condiciones impuestas por el entorno sociopolítico y económico internacional y la adopción por los gobiernos nacionales incluso con diferentes signos políticos, se ha reorientando prácticamente toda la actividad social pública, hacia criterios privados” (Tetelboin, 2009:2). México, no ha sido la excepción en este sentido, y es una muestra fehaciente de orientar la salud en términos del mercado.

El tipo de política de salud que se ha venido constituyendo en México en los últimos 30 años, es del tipo regresivo y excluye a grandes contingentes de la población de una atención de calidad por parte de los servicios de salud, con una fuerte focalización de los recursos. “ Los recursos públi-

cos limitados solo a financiar paquetes básicos de salud, el traslado de los costos de la atención a los usuarios y la privatización de lo público rentable muestran un retraimiento selectivo del Estado en la cuestión sanitaria y el viraje neoliberal de la política de salud” (López y Blanco, 2001:52).

El sistema de salud mexicano y los servicios: nivel meso

Consideramos que la organización de los servicios o atención en este rubro, no es un asunto meramente técnico. Es político, por varias razones. Por la visión que posean los diferentes actores involucrados y las interacciones entre los mismos, en y con la propia institución. Asimismo, como las condiciones institucionales y organizativas condicionan a los mismos.

Las gestiones político-administrativas son en gran medida reflejos de las ideas políticas del grupo de turno. Es por ello, que arriba definimos grandes categorías analíticas (Estado, régimen y gobierno), que nos permitiera ubicar una crisis en salud en México, al nivel estatal, donde yacen los acuerdos básicos. En un segundo nivel de análisis, hemos planteado el nivel meso, donde identificamos al sistema de salud y los servicios de atención. De esta manera, pretendemos dar cuenta de los distintos niveles político-institucionales que hay en el campo de la salud, con diferentes actores, agentes y sujetos.

El sistema de salud es la respuesta social organizada. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un sistema de salud es:

la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud nece-

sita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. Un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible¹.

Y de la definición de arriba, rescatamos que el sistema de salud requiere de orientación y dirección, de una rectoría, donde el Estado a través del gobierno, haga un ejercicio de apropiación de lo público, con una mirada de derechos, y no de beneficencia pública. Un sistema de salud que ha sido en los últimos años, fragmentado, bajo una lógica de “descentralización”, pero entendida, para el despojo, y para un desmantelamiento progresivo de lo público en aras de una lógica privatizadora, en la que la salud ha pasado a ser una mercancía, y no un derecho. Es por ello, que cuando se les pregunta a las personas usuarias si se perciben como sujetos de derechos, la respuesta es que no, que dan gracias por la atención, y la representación que aparece en el imaginario es de “dádiva”, de “me están haciendo el favor”. Recuperar lo público forma parte de ampliar la concepción de derechos.

Un sistema de salud es una construcción de la relación entre gobernantes y gobernados. En palabras de Lefio, puesto en contexto histórico “los sistemas de salud, tal como los conocemos hoy, son parte de la construcción de un cuerpo colectivo mayor, llámese este estado/nación” (2013:164). En cuanto a los servicios, es decir, en el “ámbito de la atención de salud, las formas y mecanismos de esta relación se sintetizarán en el encuentro

entre el personal sanitario con los miembros de la comunidad, en un marco de espacios físicos y sociales que enmarcan el orden de la relación” (Lefio, 2013: 164).

En el contexto que hemos tratado de delinear a grandes rasgos, establecemos que hay un intento por alcanzar un nuevo punto de inflexión, para la relación entre gobernantes y gobernados, en lo que al sector salud se refiere. Se apunta al desarrollo de nuevas prácticas dentro de la institucionalidad pública, para devolver legitimidad al propio campo de la salud e incluido el propio sistema público de salud, así como recuperar infraestructura pública y dotar de los recursos necesarios, bajo un esquema de derechos, y no de lógicas mercantilistas y de “dádivas” a los más pobres de los más pobres.

Por otra parte, pretendemos tener un acercamiento a la respuesta institucional emergente, como lo representa la Unidad Temporal COVID-19, pues pensamos que puede ser de utilidad para los futuros desafíos a los sistemas de salud, que imponen emergencias sanitarias, como la que se vive actualmente, además sin precedente alguno. Nos demanda a académicos y personal de salud, reflexiones acerca de cómo fortalecer lo público y hasta donde llega la acción de lo privado en contextos de contingencia sanitaria.

Enmarca una coyuntura atípica, que quisimos recuperar, para ilustrar cómo respondieron los diferentes actores y agentes, provenientes de diferentes sectores y cómo se organizaron temporalmente para la atención a pacientes con COVID-19. Reiteramos que nos parece importante tal aproximación, con relación a la experiencia que se describe a partir de la propia voz de un actor clave, sea *ah hoc*, como es el director de la Unidad.

¹ En <https://www.who.int/features/qa/28/es/>

La Unidad Temporal COVID-19 como respuesta emergente: nivel micro

Esta unidad temporal se creó para evitar escenarios de desbordamiento asistencial, con una convicción de garantizar la atención a todas las personas que se contagien y presenten una sintomatología que amerite su hospitalización. Es decir, con la finalidad de evitar una posible congestión en los diferentes hospitales del sistema de salud mexicano, en cuanto a la atención y cuidado de personas pacientes con COVID-19. Participan varios actores: Secretaría de Salud de la Ciudad de México (Sedesa), Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma Nacional de México (UNAM), así como parte del sector privado lo es la Fundación Carlos Slim y otras 15 empresas y fundaciones.

Es el resultado de un trabajo entrelazado entre el sector público y el sector privado. Por ejemplo, la Facultad de Medicina de la UNAM “fue la responsable de las decisiones técnicas, médicas y hospitalarias para los trabajos de habilitación de la Unidad, y mantiene una estrecha coordinación con los institutos de salud”².

La Sedesa como institución rectora de las políticas de salud de la capital lleva el control del personal de salud que se contrata, así como la responsabilidad en cuanto a dirección, operación y provisión médica, y conforme a las condiciones que se vayan presentando y al propio curso de la pandemia, determinará el inicio de cada etapa. Este esfuerzo forma parte de la estrategia nacional “Todos juntos contra la COVID-19”. Este tipo de proyectos como respuesta institucional a la pandemia, fue promovido y organizado por el gobierno de la Ciudad de México.

² <http://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2020/04/22/la-unam-participa-en-habilitar-el-centro-citibanamex-como-unidad-temporal-covid-19/>

Reiteramos la importancia de conocer el funcionamiento y organización de respuestas institucionales de este tipo, que permita tener un acercamiento de cómo se está operando en un contexto de alta presión, que exige respuestas inmediatas, bajo qué parámetros, cuáles son los actores convocados y cuáles se sumaron, la estrategia de atención, la filosofía del servicio, las lecciones que se van aprendiendo y los retos que imprime al sistema público de salud. Lo ideal es que aproximaciones de este tipo, permitan realizar al mediano plazo, una valoración de cómo está el sector salud, con relación a insumos, recursos humanos y estrategias organizacionales. Este tipo de respuestas se dieron en varios países³, donde se habilitaron espacios para otorgar la atención correspondiente a personas diagnosticadas con COVID-19.

A continuación reproducimos la entrevista completa al médico que desde que se inauguró la unidad temporal ha estado a cargo y cuando se escribe el presente trabajo sigue en la misma función.

Es importante señalar que se logró el acceso al director, porque una de las autoras del presente trabajo, se desempeña en el mismo, como supervisora en el área de enfermería, en el turno matutino. La entrevista se realizó el día 18 de junio de 2020, a las 11 horas de la mañana, en la oficina del propio director en la Unidad Temporal COVID-19 del Centro Citibanamex.

Encuadre

Rafael Ricardo Valdez Vázquez, de 51 años, médico cirujano, egresado de la Universidad Autónoma de Coahuila en la ciudad de Torreón. Estudio medicina interna e infectología en el Instituto

³ <https://www.elnacional.com/venezuela/habilitaran-el-poliedro-de-caracas-para-atender-contagiados-de-covid-19/>

Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán en la Ciudad de México. Posteriormente hizo la Maestría en Ciencias Médicas y Microbiología Clínica, en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Trabajo 5 años en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) en la Ciudad de México, adscrito a la Clínica de Tuberculosis. Tuvo la oportunidad de trabajar para diferentes programas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como capacitador para los programas nacionales y tuberculosis multirresistente de los países de Centroamérica y del Caribe, y posteriormente trabajó durante casi 10 en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, ocupando la Subdirección de Epidemiología Hospitalaria y Control de Infecciones e Infectología. Allí también tuvo la oportunidad de trabajar en el programa de atención y de reconversión hospitalaria para enfermos con influenza H1N1 en el 2009, durante la pandemia. Desde el 2016 trabaja como Director Médico del portafolio hospitalario y anti infecciosos de Pfizer en México.

Entrevista

¿Cuándo y cómo fue seleccionado para trabajar en el hospital temporal del Centro Citibanamex?

—Durante el inicio de la de la pandemia de COVID-19, Pfizer global, lanzó un programa denominado Servicio Médico Voluntario, en el cual yo me inscribí, con la finalidad de apoyar las acciones de atención a COVID-19 en la Ciudad de México, me lo aprobaron. De manera coyuntural en la Ciudad de México a través de la Secretaría de Salud, esta me hizo el ofrecimiento de incorporarme a la Dirección de la Unidad Temporal COVID-19 en el Centro Banamex, lo cual acepté, como un reto muy importante en mi carrera profesio-

sional, dado que es algo inédito para nuestro país en que se instala una unidad temporal dentro de un centro de eventos y de un centro de espectáculos para dar respuesta a la pandemia, y sobre todo este para apoyar a los hospitales de primera línea y a los hospitales reconvertidos para la atención de pacientes con COVID-19.

¿Participó de alguna manera en el diseño de la propuesta del hospital?

—Sí participé dentro del diseño, sobre todo de los procesos de atención clínica y también ajustes a la unidad hospitalaria temporal. Respondiendo a la pregunta de si participé de alguna manera en el diseño de la propuesta del hospital, no directamente. Sin embargo, ya cuando yo ocupó la dirección médica del hospital, la capacidad instalada ya estaba alrededor del 90%. Entonces sí tuvimos que hacer algunas adecuaciones, sobre todo tomando en cuenta la vinculación a los diferentes procesos de atención clínica que ya habíamos diseñado o que fuimos diseñando en el camino. Hay que mencionar que desde que tomo la dirección y que se conforma el grupo de liderazgo clínico, tanto médico como de enfermería a que recibimos al primer enfermo pasaron tan sólo 16 días, lo cual eso fue uno de los grandes retos: el tener todos los procesos de atención, tanto clínicos, médicos y de enfermería en un tiempo récord.

Dimensiones

1) Proceso de atención

¿Cómo es el acceso al hospital por parte de las personas usuarias, posibles pacientes con COVID-19? ¿Qué documentos se les pide?

—Este hospital, su concepto y su misión inicial era atender pacientes referidos de otros hospita-

les sobre todo los hospitales llamados de primera línea de atención o aquellos hospitales que se fueron reconvirtiendo para dar respuesta a los enfermos con COVID-19. Y estos pacientes referidos tienen que reunir ciertas características, principalmente que se encontraran en fase de convalecencia o que tuvieran bajo riesgo de progresión a la gravedad, esta es una unidad temporal en la cual, el apoyo avanzado para la vida a través de la unidad de cuidados intensivos es limitada.

De tal manera, que lo que pretende esta unidad es apoyar a la capacidad hospitalaria desocupándoles camas de pacientes leves o de pacientes en su fase de recuperación y que pudieran tener camas disponibles para recibir a pacientes más graves en estos hospitales que les he comentado de primera línea. Sin embargo, durante la evolución de la epidemia nos hemos dado cuenta que, estos hospitales reciben a los pacientes ya muy graves y que oportunidades de atención temprana se pierden durante la evolución del enfermo, es así que cambiamos las últimas dos semanas la estrategia de atención y del tipo de pacientes que ahora recibimos y es así que implementamos un programa denominado *hospitalización anticipada*. Esta estrategia está enfocada principalmente aquellos enfermos que inician síntomas y que tienen algún factor de riesgo de progresión a la gravedad como diabetes, hipertensión, obesidad, etc. Estos enfermos, hemos visto que si nosotros intervenimos de manera temprana con oxigenoterapia, anticoagulación profiláctica o inclusive manejo de la inflamación y control de las comunidades, principalmente de los niveles de glucosa evitaremos que progresen a la gravedad, es así que instalamos 7 módulos de triaje en sitios estratégicos, en diferentes jurisdicciones sanitarias de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México o centros de salud y también en algunos hospitales, en donde evaluamos a los pacientes, reúnen

los criterios de COVID-19 y también criterios de hospitalización tempranas son referidos a dicha Unidad Temporal.

Por otra parte, lo único que se les pide es una identificación oficial y es todo. Esto no está circunscrito a derechohabiencia, a Seguro Social, ISSSTE o medio privado, recibimos a todos los pacientes, no tiene ningún costo, no se les pide dinero en lo absoluto. Toda la atención desde diagnóstico hasta el traslado y la atención clínica dentro del hospital es completamente gratuita.

¿Sólo se atiende a personas con COVID-19 o con diagnósticos similares? ¿Las personas deben mostrar el resultado de alguna prueba? ¿Nos podría definir cómo es el proceso de atención? ¿Cómo es el proceso de alta? ¿Cuáles son las indicaciones para las personas que se les da el alta?

—Sólo se atienden personas con COVID-19, en ese sentido este es un hospital monotemático, solo atendemos a pacientes con COVID-19. Los pacientes que se reciben no necesariamente se les pide resultado de alguna prueba, siempre y cuando cumplan con el criterio operacional vigente de COVID-19 o infección por SARS- CoV-2.

En cuanto al proceso de atención clínica desde el ámbito médico, es un proceso de atención dirigido principalmente a la atención de las complicaciones derivadas del COVID-19 que es el SARS, que es el síndrome respiratorio agudo grave. Para eso tenemos un sistema de atención que le hemos denominado de *alta supervisión bajo posición*, en donde tenemos toda una serie de checklist o de listas de cotejo de síntomas y signos que nos permiten categorizar bajo escala clinimétrica el riesgo de progresión hacia la gravedad y además este proceso lo hemos estandarizado, porque nuestro sistema de atención es piramidal, en don-

de la base son médicos generales y estos atienden a manera de cuadrilla, no de 4 elementos, de 3 a 4 elementos a un grupo de 10 hasta 13 pacientes y que son supervisados por un médico especialista. Por eso, esta estandarización en los procesos nos permite atender un gran volumen de pacientes y que la supervisión sea muy intensa, pero que la exposición hacia el paciente no ponga en riesgo al personal de salud, por la contagiosidad que representa la enfermedad. El especialista entonces estará supervisando sobre todo aquellos enfermos que de acuerdo a nuestras escalas estén señalando que hay progresión de la enfermedad o que están señalando que el paciente está grave, entonces el especialista pondrá más atención e inclusive activará códigos de respuesta rápida hacia la unidad de terapia respiratoria avanzada, eso es a grandes rasgos.

Tenemos procesos de atención también muy bien definidos, cuando el paciente progresa a la gravedad, que es un programa de uso temprano de esteroides, inclusive también de inhibidores, para aquellos que se ponen graves y también los equipos de respuesta rápida para la atención a aquellos que requieran un mayor aporte de oxígeno, ya sea con mascarilla reservorio o inclusive con puntas de alto flujo o en caso de ser necesario apoyo mecánico ventilatorio a través de ventilación invasiva.

¿Cómo es el proceso de alta? Lo que se hace es que se vincula directamente con Trabajo Social. Tenemos un proceso de pre alta en donde se va estimando que paciente pudiera estar ya en condiciones de poder ser egresado. Nuevamente aquí nos apoyamos en las escalas clinimétricas en donde la clave es el aporte de oxígeno, no si el paciente ya no está en requerimientos de oxígeno y que tenemos indicadores de inflamación con tendencia a la normalidad o ya normales, así se hace

la pre alta al día siguiente, Trabajo Social entra en contacto directo con la familia para anunciar que el paciente será egresado y finalmente acude la familia por el enfermo en donde se hace la entrega con sus indicaciones para continuación de tratamiento e inclusive también con indicaciones para sus cuidados en casa, sobre todo en temas de aislamiento.

¿Cuándo alguna persona hospitalizada muere, qué procedimiento se sigue?

—De hecho, tenemos lo que hemos llamado el protocolo de fallecimiento, en donde hay una ruta bien específica y seria de procesos para poder garantizar, primero que todo el tema sensible que rodea la muerte; pero por otro lado también el protocolo está muy bien cuidado para poder garantizar la identificación del fallecimiento y de la entrega del fallecido hacia sus familiares cumpliendo con toda la normatividad que dicta la Ley General de Salud, en término de manejo del cadáver incluyendo todo lo que es la nota de defunción más el certificado propio de defunción. En todo este proceso, hay un equipo que se estructura en el momento en que ocurre el fallecimiento y hemos estado cuidando hasta el más mínimo detalle. Hasta este momento, a poco más de mes y medio de inicio de operaciones, no hemos tenido ningún fallecimiento en el sitio, pero es algo que estamos reforzando continuamente para cuando esto ocurra.

¿Existe restricción para atender a una persona que ya estuvo hospitalizada?

—No ninguna, no hay ninguna restricción. Si un paciente es egresado de la unidad y requiere nuevamente de nuestra atención por COVID-19 o derivado de una complicación por COVID-19, no habría ninguna restricción.

—Si una persona se queja, ¿hay algún mecanismo para recibir y atender su queja?

Tenemos la instrucción para Trabajo Social, cuando se recibe de un paciente algún señalamiento siempre buscamos que sea la Dirección Médica que reciba este tipo de quejas, sobre todo con fines de generar acciones de mejora.

2) Gestión

Entendemos que es un hospital con capitales mixtos. ¿Nos podría explicar en qué consiste esa distribución? ¿Cuáles son las implicaciones en términos de la gestión?

—Sí, el capital de la instalación propia del recinto, las camas, la oxigenoterapia y todo lo que concierne a la operación limpieza, desinfección de camillería, almacén, insumos, fuera de los medicamentos, pertenecen a una consorcio de fundaciones que se conformó precisamente para crear esta Unidad Temporal, pero a su vez también la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y el Gobierno de la Ciudad de México, aportan con la contratación de personal y también todo lo que son insumos de farmacia. Entonces, así como con este capital mixto bajo una estrategia que se denomina, es una estrategia mixta entre la iniciativa privada y el Gobierno de la Ciudad de México, es una estrategia que se llama: *Todos juntos por México contra el COVID-19*, nace entonces esta Unidad Temporal en el Centro Citibanamex, y así es como hemos estado operando.

En cuanto al material que se utiliza, ¿cómo es la dotación? ¿Con cuánta periodicidad?

Bueno cada área tiene la responsabilidad de poder estar calculando sus insumos y la solicitud hacia

los almacenes. Enfermería hace gran labor en esta parte, sobre todo con un sistema de sub-almacenes y de coordinadores de sus almacenes, que van haciendo cálculos del stock necesario tanto de medicamentos, ropería, insumos, curaciones, etc. Y se hace avances dos o tres veces por turno, tanto para las áreas de terapia como para las áreas de hospitalización.

Sobre el equipo de protección personal, ¿cómo es la dotación?, ¿es de una calidad aceptable?

—Aquí es muy importante, una de las actividades fundamentales es que el equipo de protección personal (EPP) sea acorde a la actividad que se va a realizar. Tenemos tres niveles de EPP, aparte de que implica el uso de cubrebocas de manera sistemática, pero, por ejemplo: en el área de atención clínica, no se producen aerosoles, el código de vestimenta está alineado a las recomendaciones internacionales y alojamientos que dicta la OMS en donde también el Gobierno y la Secretaría de Salud de México estamos alineados. En el área de hospitalización, donde no se producen aerosoles es máscara quirúrgica de tres capas, protección ocular con careta, bata de protección y guantes, esto es algo que es para hospitalización, para la zona donde se produce en aerosol fuera de la terapia intensiva es el mismo sólo se cambia por una protección KN95 o N95 y; en la terapia intensiva el uso de traje TYVEK más un N95 completo. Podemos decir que es de una calidad no nada más aceptable, si no certificada para el equipo que usamos.

¿Cómo es la distribución de las tareas? ¿Cuántas áreas de trabajo se dispusieron?

—Pues tenemos áreas de trabajo de hospital: área de trabajo de una terapia intermedia y el área de

trabajo de terapia intensiva más un área de trabajo administrativo, esas son como las áreas que se tienen dispuestas.

¿Cuáles son los horarios?

—Los horarios son de 8 horas, sin embargo, están intercalados con 4 horas, esto hablando del área médica, el área de enfermería tiene otros temas de uso horario, pero nosotros del área médica dispusimos trabajos intercalados de 4 horas, tanto para el área de terapia intensiva como para el área de hospitalización. En dónde están 4 horas frente al paciente y 4 horas están haciendo un trabajo parac clínico, este tipo de trabajo incluye trabajo en epidemiología hospitalaria, trabajo en informática médica, en dónde aquí se incluyen actividades de informes hacia los familiares, registro de las notas y revisión de que todos los expedientes estén al día y también las bases de datos de clinimétricas estén actualizadas. Esto es en cuanto al trabajo administrativo en epidemiología hospitalaria, y otras actividades específicas como sería la gestión y cálculo de materiales. Con respecto, al seguimiento del personal de salud que esté en categoría del sospechoso infectado, este también es otra de las actividades que hace el área médica y también actividades en el sistema de referencia y contra referencia, tenemos un equipo que está encargado de dirigir y direccionar a todos los pacientes que son referidos de las diferentes unidades a las que nosotros prestamos atención, también ellos participan en esta actividad, cuando están, digamos, en sus cuatro horas de trabajo.

En cuanto a la infraestructura, ¿es adecuada, se podría mejorar?

—Digamos que es una infraestructura que está en proceso de mejora continua, a mi me parece que es una, para un hospital temporal muy óptima.

Eso sí tenemos la necesidad de estar haciendo adecuaciones de acuerdo a las necesidades que se nos van presentando.

¿Hay articulación entre el área operativa y administrativa del hospital?

—Sí la hay. Es fundamental tener esta coordinación de otra manera no podríamos operar.

Este hospital, ¿a quién o quiénes debe rendir cuentas, para cuidar el tema de la transparencia?

—Directamente a las fundaciones, a la Secretaría de Salud, al Comité Directivo de la Unidad Temporal COVID-19, que está conformado por representantes del Gobierno de la Ciudad de México, representantes de la Secretaría de Salud y representantes de las fundaciones. A mí me toca y al Dr. Heberto Arboleya, precisamente rendir cuentas a todos ellos y lógicamente el Gobierno de la Ciudad de México tiene sus organismos de control para la rendición de cuentas, que es el Instituto Nacional para el manejo de la información y datos confidenciales.

3) Recursos humanos

¿Con cuánto personal de salud cuenta actualmente el hospital? ¿Cuáles son las profesiones y especialidades presentes?

—Dentro del área médica somos alrededor de 260 médicos, entre médicos generales que son la mayoría, es una cifra alrededor de 16. Hay como 50 especialistas, en donde se incluyen especialistas en terapia intensiva, anestesiología, infectólogos, internista, geriatra, otorrino. Los especialistas que participan directamente en la atención del paciente en estado crítico no son precisamente infectólogos, sino más bien, que tengan experiencia en

la atención hospitalaria y es así que tenemos otorrinos, internistas, cardiólogos, también tenemos reumatólogos y tenemos geriatras, etc.

¿Cómo se hizo la selección?

—Se hizo a través de una convocatoria abierta y la identificación del equipo de liderazgo. Para la selección se tomo en cuenta sus antecedentes curriculares.

¿Cómo y con cuánta frecuencia se realiza la capacitación para hacer frente al COVID-19?

—Pues tenemos un programa de capacitación continua. De hecho, de manera inicial se tiene todo un proceso que dura casi 2 semanas, desde la parte virtual y una parte ya presencial y desde el área médica nosotros tenemos un proceso de capacitación y actualización a los equipos de liderazgo basado en la información que se va generando.

¿Cómo se evalúa el desempeño del personal de salud?

—Básicamente el desempeño está basado en sus actividades en el día a día, no tenemos una métrica específica para un hospital temporal no, no es algo que nosotros hayamos desarrollado métricas específicas. Estamos más enfocados en el resultado final, que el paciente egrese, pero en términos de calidad de la atención. Si lo que pretendemos es apegarnos a las normas internacionales de seguridad en calidad de la atención y en eso sí tenemos métricas para el cumplimiento de la misma.

¿Hay acompañamiento psicológico para el personal de salud?

—En la parte del área médica, tuvimos hace una

semana una reunión, que le hemos llamado descompresión, en donde el equipo de liderazgo tuvo una reunión con la psicóloga, precisamente para expresar el sentir del personal de salud, sobre todo desde la parte de liderazgo.

Si alguien del personal de salud se contagia de COVID-19 ¿sigue recibiendo su salario? ¿Recibe atención en el hospital? ¿Se aísla? ¿Por cuánto tiempo? ¿Alguien monitorea esta situación?

—Si alguien del personal de salud se contagia de COVID-19 sigue recibiendo su salario. Recibe atención del hospital, y si se aísla de acuerdo a la recomendación de la CDC vigente, 10 días a partir del inicio de síntomas y asintomático nosotros lo hemos puesto entre 10 y 14 días o con prueba ya negativa. Todo el equipo de epidemiología hospitalaria monitorea estas situaciones, de hecho, hasta el momento se ha tenido bajo monitoreo alrededor de 140 empleados. Tanto lo que son los confirmados más los sospechosos, más los que han sido contactos directos de los casos confirmados, por eso son tantos, enfermería también.

¿Existe algún sindicato u organización colectiva de las y los trabajadores, ya sea personal de salud, así como trabajadores administrativos y de limpieza?

—No lo hay, por el carácter de temporal. Y bueno, los administrativos y de limpieza son empresas contratadas por las fundaciones o por el corporativo, ellos tienen una cultura organizacional independiente de la cual desconozco si hay un sindicato.

4) Retos y visión a futuro

¿Cuál sería su opinión con respecto al servicio que presta actualmente el hospital?

—Yo creo que es un hospital que ha cumplido su misión; la misión era crear un modelo de atención dentro de los hospitales temporales para casos de pandemias en la Ciudad de México, y además incorporando tecnología de punta sobre todo en términos de informática médica y de procesos de atención. Creo que esta es la visión que nosotros queremos dejar para el futuro dentro de esta unidad, que sea un modelo y que además pueda ser replicado en otras entidades de la ciudad, del país o para futuras pandemias. Entonces, creo que en mi opinión el servicio que presta actualmente el hospital es un servicio ejemplar y modelo para otras unidades temporales.

Hablando de las quejas, no hemos tenido ninguna queja que pudiéramos nosotros considerar crítica o significativa; al contrario, hemos recibido felicitaciones de diferentes índoles, de diferentes niveles y creo que la mayor satisfacción que tenemos hasta ahora es que no hemos tenido ninguna muerte en el sitio, si ha habido fallecidos en los pacientes transferidos, pero han sido 4, tomando en cuenta que hasta el momento ha sido egresado cerca de 400 pacientes, 360 egresos. Casi 600 ingresos en mes y medio, 40 pacientes que han pasado por la terapia intensiva, una tasa de entubación de 11 pacientes, la verdad es que esto es gracias a todo el compromiso que tiene personal.

¿En qué se podría mejorar?

—Procesos que se han implementado y reconociendo que todo es perfectible y que algo que yo le decía a todo el equipo de liderazgo, es que una vez que hubiéramos nosotros creado un proceso de atención clínica, pensar que es el mejor que tenemos y tenemos que hacerlo funcionar, pero nunca olvidar que lo podemos mejorar. Y ese ha sido uno de nuestros lemas y que no podíamos invertir mucho tiempo en la planeación, porque la

urgencia de la epidemia nos está pidiendo la ejecución, pero dentro de esa ejecución teníamos que estar pensando, siempre como estarlo mejorando, eso que se llama *una mejora del proceso durante la ejecución*, entonces aquí respondo la pregunta en que se podría mejorar, siempre un proceso tiene que estar sujeto a una mejora continua.

¿Será un hospital temporal? ¿O podría quedarse? En caso que se quedara, ¿piensa usted que seguiría solamente atendiendo a personas pacientes con COVID-19?

—Es un hospital temporal, no es un hospital que vaya a permanecer, es insostenible una unidad hospitalaria como esta en un recinto como este de manera permanente.

¿Cómo evalúa la creación de este tipo de hospitales?

—Este tipo de hospitales es necesario en una pandemia, esto si generará un precedente de que una unidad como esta es necesaria cuando hay una pandemia o una epidemia de esta magnitud.

¿Cuáles son los retos que tiene el actual sistema público de salud de México y de la Ciudad de México?

Creo que es el reto máximo que tiene todo sistema de atención y particularmente de la Ciudad de México, que sea un sistema unificado, pues tenemos un sistema fragmentado: ISSSTE, Seguro Social, Pemex, Fuerzas Armadas, Secretaría de Salud y la verdad es que entre estos sistemas fragmentados no hay una lectura coordinada, regulada y efectiva que impacte de manera uniforme a todos los pacientes; yo creo que este es el gran reto, quedo muy evidente ahora con la pandemia.

En este tiempo como director, ¿cuáles son las enseñanzas? ¿cuáles serían las situaciones vivenciadas en las que destacaría aspectos positivos y negativos? ¿cuál es su perspectiva actual y a futuro?

—Las enseñanzas, pues son muchísimas. Una para mí, la enseñanza más importante es como poder empoderar a un equipo de liderazgo, a un equipo de líderes para la ejecución en un tiempo muy corto. La enseñanza es que el empoderando a las personas y convertirte tú como un facilitador y depositarles la confianza a talentos es la clave. Y esto yo lo había visto en el papel, quizá de manera teórica, pero al ponerlo en práctica me convenzo más, que en la medida en la que tú convenzas a las personas del porqué está haciendo las cosas y sobre todo alentando sus motivaciones, se va a poder ejecutar de manera más eficiente. También el que podamos nosotros enfrentar de manera asertiva con comunicación todos los retos, es como los podemos resolver, por el poco tiempo, para el tiempo que tenemos en el sentido de urgencia, pues nos lleva a tomar decisiones que tenemos que hacernos responsables rápidamente de las consecuencias que estas puedan tener y siempre pensar que es la mejor decisión que podemos tomar en ese momento y; que si el resultado no es el óptimo, poderlo rectificar y aceptar que uno pudo haberse equivocado.

Siempre tener la humildad de reconocer que no funcionó y poderlo resolver rápidamente, porque hay vidas de por medio y es otra de las enseñanzas que yo me llevo de esto.

En cuanto a las situaciones vivenciales, en las que destacaría aspectos positivos creo que es todo lo que vivimos en el momento en que egresa un paciente de la unidad, es quizás la parte climática de lo que hacemos y lo que valida la decisión de

vernos involucrados en la atención de pacientes. Tenemos una campana cada vez que un paciente egresa, el paciente la toca y todo mundo aplaude, todo mundo se emociona, todo mundo grita, y de hecho pocos lo saben, pero esa campana se llama *Esperanza*, y así le pusimos entonces porque es la esperanza de que todos los enfermos que tenemos aquí en la unidad hospitalaria puedan regresar a sus casas. Esto se lo queremos transmitir a todos los pacientes que todavía se encuentran hospitalizados, que pueden salir y restaurarse en su familia, en su comunidad, a la vida productiva, ese es pues nuestro propósito inspirador al final. Los aspectos negativos, la verdad es que es difícil el poder enumerar aspectos negativos cuando el motivador principal que tenemos es ayudar a las personas, entonces más que hablar de aspectos negativos yo digo que son circunstancias de la vida humana, de la profesión, de las interacciones, no veo cosas negativas, traicionaríamos nuestro propósito inspirador, yo lo veo más como parte de la vida, parte del quehacer, parte de las interacciones y las relaciones humanas, yo no lo veo como algo negativo. Por ejemplo: alguien me podría decir, es que es mucho trabajo, pues el trabajo, nunca puede ser negativo o es que estoy cansado, bueno pues entonces quédate en tu casa a descansar, es decir en mí no estar en ver el lado negativo de las cosas porque entonces estaría yo traicionando mi propósito, pues si a veces llego cansado, pues si dejo de ver a mi familia, sin embargo, trato de verlo positivamente por el trabajo que desempeñamos.

Sobre la perspectiva actual y a futuro, el mundo ya cambió, ya esto no va a ser igual hasta que esta enfermedad se erradique tenemos que cambiar muchos códigos de comportamiento social, de higiene, de salubridad, de sistemas. Desde el punto de vista individual, tenemos que querernos más pero más importante es querer más al prójimo.

Y cuidar de nosotros, tenemos que comportarnos ahora como un potencial contagiador y esa es la clave, ahora para proteger a los demás es más importante protegerse uno mismo y por eso el uso del cubrebocas, el saludo, la proximidad con los convivientes, pues tiene que cambiar porque de otra manera, mientras no tengamos una vacuna podremos ser parte de una cadena de transmisión que le genera sufrimiento a otra persona, que puede llevarle a la muerte.

Por último, ¿podría decir cuál es la filosofía del servicio en este hospital? ¿en qué se diferencia este hospital de otros hospitales?

—La filosofía de servicio tiene que ver con la calidad de la atención y que los enfermos pueden estar en ambiente seguro y que el personal de salud sienta que puede trabajar en un lugar seguro; por otro lado, lo que nos diferencia es que lo más importante para la ejecución y para cumplimiento de la misión y visión en los procesos siempre estar rodeados de calidad, de calidez y sobre todo de la solidaridad, validando las motivaciones de cada quien, y de cada grupo, y de cada líder, así como de toda la institución en una filosofía que nos permita ser un modelo para el futuro.

Consideraciones finales

Este ejercicio exploratorio, nos permite conocer de una manera más ordenada a través de las cuatro dimensiones que contemplamos para la entrevista, la experiencia que hemos denominado como respuesta institucional emergente en la actual emergencia sanitaria. La Unidad Temporal COVID-19 o “el hospital” como lo llaman el personal de salud que labora allí, cómo es su organización y funcionamiento y qué representa en términos simbólicos, dentro de los cambios que experimenta México como país en su sistema

político y sistema de salud, con nuevos actores y nuevas perspectivas.

Queda claro, que hay limitaciones de tipo metodológicas, pues este caso, se da en una coyuntura excepcional, en una emergencia sanitaria dictada por la pandemia del COVID-19.

Este es sin duda alguna, una aproximación y no pretendemos de ninguna manera que sea exhaustiva en algunas de las temáticas que hemos esbozado. No obstante, ambas autoras consideramos que es importante mostrar desde la voz del propio actor, que dirige dicha unidad, conocer las experiencias y visiones del mismo en la conducción de esta unidad de atención, y **cómo se va** adaptando la estrategia y proceso de atención a medida que se va presentando la trayectoria de la enfermedad y su alto nivel de contagio.

En cuanto a la gestión de los procesos resulta fundamental la comunicación y articulación entre el área clínica y el área administrativa-operativa, con una instrucción clara de que todos se necesiten. Con respecto a los recursos humanos, se evidenció que constituyen un factor determinante en las respuestas institucionales, y que los procesos de convocatoria, selección y capacitación, a pesar de ser de forma masiva, se dieron de manera inaudita, pero al parecer bastante expeditas. Se conformaron bajo la noción de equipos de liderazgo clínico, donde la comunicación y el registro resulta ser crucial ante la gran demanda.

Por último, destacamos que, en las lecciones aprendidas según el propio director, es el trato igualitario para todas y todos, quienes trabajan, en los diferentes roles, y por supuesto que en la atención que se ofrece sea de calidad y calidez, donde los retos que se imprimen para México y para la Ciudad de México serán muchos, siendo

uno de ellos, que los espacios de salud, sus organizaciones sean bajo el principio de dignidad no solo para las personas que reciben la atención, sino para todo el personal de salud y demás trabajadores. La colaboración e intersectorialidad en salud es imprescindible y la rectoría debe recaer en la institucionalidad pública. Debe privar una

noción de derechos y los espacios que se dispongan para la atención y cuidado deben no solamente representar una atención a la enfermedad, sino que debe ‘producir salud’, en diferentes escalas, en cada área, municipio, entidad, y hasta el país. Deben ser campanas de esperanza.

Referencias bibliográficas

- Cantamutto et. al. (2017). *Imaginar un país. América Latina, procesos constituyentes y proyecto de nación en México*. México: Fundación para la Democracia, Alternativa y Debate A.C., CLACSO, 17-22.
- Jobert, B. (1994). “El Estado en acción: la contribución de las políticas públicas”. *Ciencia Política: Revista trimestral para América Latina y España*, Núm. 36: 79-104.
- Lefio C. (2013). “El Sistema de Salud como determinante de la salud poblacional”, *Revista Chilena Salud Pública*, vol. 17, Núm. 2: 162-166.
- López A. y Blanco, G. (2001). “La polarización de la política de salud en México”, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 17, Núm.1: 43-54.
- Muller, P. (2002). *Las políticas públicas* (Jean-Francois Jolly y Carlos Salazar Vargas, trad.) Colombia: Universidad Externado de Colombia, 29-54 (Obra original publicada en 2000).
- O’Donnell, G. (2004). “Acerca del Estado en América Latina contemporánea: diez tesis para discusión”. En PNUD (Ed.). *La democracia en América Latina*, Buenos Aires: Contribuciones para el debate, 149-192.
- Tetelboin, H. (2009). Evaluación de las reformas a la salud y a la seguridad social en América Latina. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.