



La alta dirección en tiempos de COVID-19

Entrevistando a
María Isabel Rojo Gutiérrez

14 de julio de 2020

- » Especialista en alergia e inmunología clínica
- » Maestra es ciencias en inmunología
- » Jefe de la División de Medicina, Hospital Juárez de México
- » Presidente del Consejo Nacional de Inmunología Clínica y Alergia
- » Miembro de la mesa directiva de la Sociedad Latinoamericana de Alergia e Inmunología

Coordinadora

Diana Andrea Herrera Sánchez
Servicio de Alergia e Inmunología Clínica,
Hospital de Especialidades,
Centro Médico Nacional Siglo XXI,
Instituto Mexicano del Seguro Social

1. ¿Cuáles considera que son los mayores retos del sector salud en México para enfrentar esta pandemia?

Sin duda el reto más difícil es la reconversión hospitalaria, la cual implica rediseñar espacios y reinventar procesos. Los espacios fueron inicialmente diseñados para atender pacientes de múltiples especialidades, con personal contratado para dichas áreas. Además, los especialistas en terapia intensiva y urgencias, el personal de enfermería, limpieza, camillería, etcétera, son insuficientes. Ello debido, por un lado, a la alta proporción de personal que fue enviado a resguardo domiciliario por tener factores de riesgo para COVID-19 y, por otro lado, porque las áreas de tratamiento para pacientes COVID fueron creciendo debido a la demanda de atención.

Lo anterior provocó que se iniciará la reconversión de mentalidades. De la noche a la mañana, el personal de otras especialidades como ortopedia, endoscopia, reumatología, etcétera, se vio súbitamente en una zona de alto riesgo y atendiendo pacientes con una patología desconocida, sin manejo y sin vacuna.

Esto nos lleva a los siguientes problemas: pese a que nos basamos en estudios epidemiológicos e informes gubernamentales, el uso de equipo de protección personal ha estado cambiado conforme aprendemos de SARS-CoV-2, cuya contagiosidad y letalidad es alta, lo que provoca que el personal no se sienta del todo protegido. A esto se suma que en algunos sectores del país, el suministro del equipo de protección personal depende de los recursos hospitalarios o, peor aún, de las donaciones, las cuales, si bien son muy bien recibidas y útiles, no tienen la certeza de mantenerse constantes en ningún lado.

Estos problemas visibles provocan un problema invisible, pero poderoso, el temor. Todos y cada uno de los que entramos diariamente a un hospital sentimos el temor “no realmente de contagiarnos” —porque la medicina es nuestra decisión de vida—, sino uno más profundo: llevar a nuestras casa la infección y que alguien de nuestra familia se sienta mal por esta enfermedad o, peor aún, que pierda la vida. Esto provoca que el per-

sonal se sienta agotado, intranquilo, incomprendido y vulnerable.

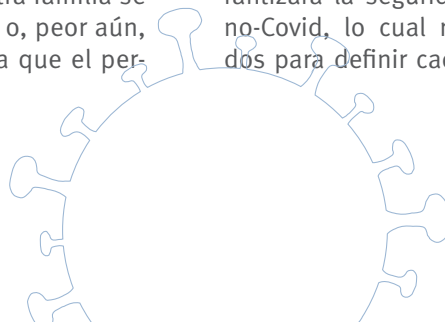
2. ¿Qué fortalezas tiene la Secretaría de Salud frente a otras instituciones como la Secretaría de Marina, Secretaría de la Defensa Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado para combatir esta pandemia?

Como institución ninguna, por el contrario, ya que al inicio del año nos encontrábamos en transición hacia un sistema de gratuidad y apenas estábamos reponiéndonos de recortes económicos en el área. Como todas las instituciones del sector salud, la fortaleza radica en el recurso humano, el cual está actuando contra la pandemia con valor y conocimiento.

Todas las instituciones dependen de un robusto sistema administrativo y de un presupuesto que, en el caso de algunas, ya era insuficiente. Además, el costo de COVID-19 es muy alto, ya que no solo se requiere equipo de protección personal sino ventiladores, medicamentos, servicios de limpieza, alimentación, etcétera. Por lo tanto, el recurso humano en México es la diferencia, ya que ha demostrado gran compromiso, conciencia, devoción, lealtad y, en el área administrativa, una elevada capacidad de gestión para garantizar la atención y la seguridad del paciente y del personal.

3. ¿Cómo se lleva a cabo la reconversión de un hospital?

Actualmente existen lineamientos de reconversión hospitalaria, sin embargo, en la vida real y en el momento que al Hospital Juárez de México le tocó planear este proceso, no estaba clara la forma de hacerlo. Por ello, el cuerpo directivo inició con la concepción de cómo sería el flujo de pacientes, para garantizar que la circulación no se detuviera, pero que el área COVID fuera exclusiva para este los pacientes con esta enfermedad, además de que se garantizara la seguridad del resto de usuarios no-Covid, lo cual requirió múltiples recorridos para definir cada espacio y cada necesi-



dad. Además de evaluar la disponibilidad de recursos indispensables como camas, tomas de oxígeno, ventiladores, monitores, bombas de infusión, medicamentos, equipo de protección personal, etcétera.

Con esas definiciones se planeó el diseño y la colocación de la señalización necesaria, además de una campaña de información para que el personal se incorporara a la nueva realidad. Se desocuparon las áreas que se destinaron para manejo de COVID, lo que requirió cambios complejos como la reubicación de oficinas, residencias, jefaturas y otras áreas de trabajo.

Posteriormente fue necesario determinar con cuánto personal se disponía, que, como mencioné, se vio drásticamente disminuido debido a la edad o enfermedades concomitantes. Se requirió contratar personal para apoyar las nuevas actividades, el cual fue insuficiente por la escasez de médicos especialistas dispuestos a dedicarse a una zona de alto riesgo. El siguiente paso consistió en capacitar al personal en los rubros de uso de equipo de protección personal, flujo dentro de las áreas y guías de manejo (conforme las experiencias de otros países y la disponibilidad de recursos). Se integró un comando operativo para el manejo de la información epidemiológica oficial, distribución del equipo de protección personal y otros suministros, así como la capacitación del personal que se integraba a cada nueva área COVID.

Todos estos procesos fueron y seguirán cambiando acorde con las necesidades, las cuales se han incrementado, además de enfrentar que el personal médico y paramédico también es susceptible de infectarse y que debemos poco a poco adaptarnos a esta nueva rutina de trabajo.

4. Como directivo, ¿cómo transmite al personal de salud, la necesidad de apoyo, solidaridad y cooperación para enfrentar este problema en equipo?

Primero, reconociendo la importancia fundamental del trabajo de cada uno de los trabajadores, desde el personal médico de las áreas críticas, de enfermería, técnicos en respiración asistida, camilleros, personal de

intendencia, nutriólogos, especialistas en salud mental, etcétera.

Ya identificado el personal, se apoyó la labor de cada uno, sin restringir los derechos laborales y garantizando la protección personal, ya que todos están dispuestos a apoyar hasta donde inicia el aumento del riesgo. Esta es la peor parte, porque nadie está preparado para esta clase de trabajo.

La integración del personal en las áreas COVID se realizó por etapas: inicialmente se incorporó al personal de urgencias, terapia intensiva, medicina interna y neumología; después, el personal de las especialidades que por su perfil tienen más habilidades en el área médica como nefrología, reumatología, cardiología, geriatría, etcétera; y, finalmente, las áreas quirúrgicas. Es importante hacer énfasis en que aún no llegamos a la integración final: cuando logremos reducir la frecuencia de casos debemos regresar a la nueva normalidad, en la que tendremos que reeducar al personal que salió temporalmente del hospital y se reincorporará a la consulta y a la atención. Este personal no ha tenido capacitación en el uso del equipo de protección personal, cuidados especiales y manejo de los pacientes sintomáticos con COVID-19 o que asisten a consultan en su área de especialidad y son portadores de COVID con síntomas leves o, incluso, asintomáticos.

5. ¿Cómo se llevó a cabo la capacitación del personal y quienes se incluyeron en ella?

La capacitación se realizó por áreas; se inició con las que corresponden al ingreso en etapa 1, es decir, las zonas críticas. Se llevó a cabo por equipos multidisciplinarios que incluyeron personal de intendencia, camillería, enfermería, técnicos en respiración asistida, médicos, personal del comedor, profesionales de la salud mental, etcétera. El objetivo fue llevar a cabo el proyecto de reconversión, por lo que se hizo énfasis en la colocación y el retiro del equipo de protección personal. Posteriormente se evaluaron los lineamientos de manejo, para consensuar los tratamientos acordes con la disponibilidad de insumos y los protocolos registrados. Una

vez completado ese equipo, se inició con la capacitación de la segunda línea de fuerza, integrada por el personal de las especialidades médicas que se agregaron a la atención COVID.

Finalmente, se comenzaron los procesos de preparación de áreas y capacitación para todo el personal que se reintegra a la atención y requiera conocer el uso correcto del equipo de protección personal, los nuevos flujos de personal, las guías de manejo y la atención de pacientes COVID y no-COVID con patologías asociadas a las diferentes áreas.

6. ¿Qué consejos le gustaría compartir con otros hospitales en proceso de reconversión?

Que los hospitales que deben reconvertirse lo hagan rápidamente. La pandemia no se detendrá y las políticas de restricción están deteriorando la economía en forma irreparable, por lo que las personas inevitablemente saldrán de sus casas; mientras no exista un manejo o una vacuna, los pacientes con COVID-19 seguirán llegando a los hospitales.

Debemos aprender a usar adecuadamente las redes sociales, las cuales sin duda son herramientas de comunicación efectiva, pero también se han convertido en fuentes de desinformación. Deberíamos solo hablar de las noticias con sustento científico; y aquellas que no, desmentirlas lo antes posible o, por lo menos, no difundirlas.

El reto actual es la "desreconversión" hospitalaria, ya que el personal "resguardado" en casa durante cuatro meses tendrá que regresar a hospitales que ya tienen un mecanismo de funcionamiento. La sana distancia nuevamente se convertirá en un desafío. Antes de que ese personal reingrese será necesario brindarle cursos en línea relativos a la fisiopatología de la enfermedad, la necesidad de usar equipo de protección personal, dónde y de qué tipo, y los criterios para reconocer y manejar a los pacientes con COVID-19, aun cuando se encuentren asintomáticos.

También está la reactivación de las áreas de consulta, en las que deberá procurarse la sana distancia entre pacientes y personal de recepción a través de medidas físicas como mamparas o cristales; así como entre el personal médico y de enfermería, con el uso, en la medida de lo posible, de equipo de protección personal.

El reinicio deberá llevarse a cabo con porcentajes bajos de consulta y en días alternos, para evitar que los hospitales se saturen y se arriesgue innecesariamente a la población. Por supuesto, con prioridad en los servicios con rezago de consultas de especialidad que ponga en peligro la vida de los pacientes.

Creo firmemente que México es un país de personas valientes y comprometidas, y que la planeación estratégica nos hará mucho más fuertes pese a todas las adversidades.