

# Estrategia Atención Primaria de la Salud para Covid-19

Hortensia Reyes Morales • Clara Juárez Ramírez  
Editoras



**Sistematización de experiencias  
en cinco estados de México**



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**  
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



**Instituto Nacional  
de Salud Pública**

## **Estrategia Atención Primaria de la Salud para Covid-19. Sistematización de experiencias en cinco estados de México**

Primera edición, 2022

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública  
Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatitlán  
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN: 978-607-511-223-7

Hecho en México  
*Made in Mexico*

Esta obra es producto del proyecto de investigación: **Sistematización de la experiencia de implementación, monitoreo y evaluación de la Estrategia de promoción de salud, prevención, atención y mitigación de la Covid-19 en el marco de la Atención Primaria a la Salud (Estrategia APS para Covid-19)**, cuya ejecución estuvo a cargo de: **Investigadora principal:** Hortensia Reyes Morales.<sup>1</sup> **Coinvestigadores. Componente cuantitativo:** Sergio Flores Hernández,<sup>2</sup> José Alberto Muños Hernández,<sup>3</sup> André Escalante Castañón.<sup>4</sup> **Componente cualitativo:** Clara Juárez Ramírez,<sup>1</sup> Gaudencio Gutiérrez Alba,<sup>3</sup> Diana L. Reartes Peñafiel.<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), <sup>2</sup>Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (CIEE), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), <sup>3</sup>Instituto de Ciencias de la Salud (ICS), Universidad Veracruzana (UV), <sup>4</sup>Consultor independiente.

El estudio fue elaborado con la asesoría y apoyo financiero de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional México, mediante la Carta de Acuerdo SCON2020-00250 con el Instituto Nacional de Salud Pública.

**Coordinación:** Carlos Oropeza. **Edición:** Ana Tlapale, Jessica Gallegos. **Diseño y formación:** Andrea Montiel. **Portada:** Juan Pablo Luna.

**Citación sugerida:** Reyes-Morales H, Juárez-Ramírez C, Flores-Hernández S, Gutiérrez-Alba G, Muños-Hernández JA, Reartes-Peñafiel DL, Escalante-Castañón A. Estrategia Atención Primaria de la Salud para Covid-19. Sistematización de experiencias en cinco estados de México. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2022.

# Contenido

5	<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>
11	<b>INTRODUCCIÓN</b>
11	Problemas durante la ejecución de la carta de acuerdo
12	Actividades realizadas
12	Componente cuantitativo
16	Componente cualitativo
17	<b>RESULTADOS</b>
20	<b>El diseño de la Estrategia APS para Covid-19 desde el nivel rector de salud</b>
21	Barreras
21	Facilitadores
22	Promoción y prevención
22	Retos para la implementación
23	Recomendaciones para implementar la Estrategia APS para Covid-19
23	Continuidad de la Estrategia APS para Covid-19
24	<b>Coahuila</b>
26	Estructura y Organización
28	Indicadores
29	Fuentes de información utilizadas por el estado
30	<b>Respuesta a la pandemia: Organización general</b>
31	Infraestructura. Adecuaciones realizadas ante la pandemia
32	Recursos humanos
32	Acciones realizadas para implementar la Estrategia APS para Covid-19
35	<b>Sistemas de información utilizados</b>
35	Retos identificados y recomendaciones de los entrevistados para implementar la Estrategia APS para Covid-19
36	Barreras y facilitadores referidos para la implementación de acciones
38	<b>Guerrero</b>
41	Estructura y Organización
45	<b>Respuesta a la pandemia: Organización general</b>
49	Infraestructura. Adecuaciones realizadas ante la pandemia
50	Recursos humanos
53	Acciones realizadas para implementar la Estrategia APS para Covid-19
63	<b>Sistemas de información utilizados</b>
63	Retos identificados y recomendaciones de los entrevistados para implementar la Estrategia APS para Covid-19
64	Barreras y facilitadores para la implementación de acciones
67	Recomendaciones de los entrevistados

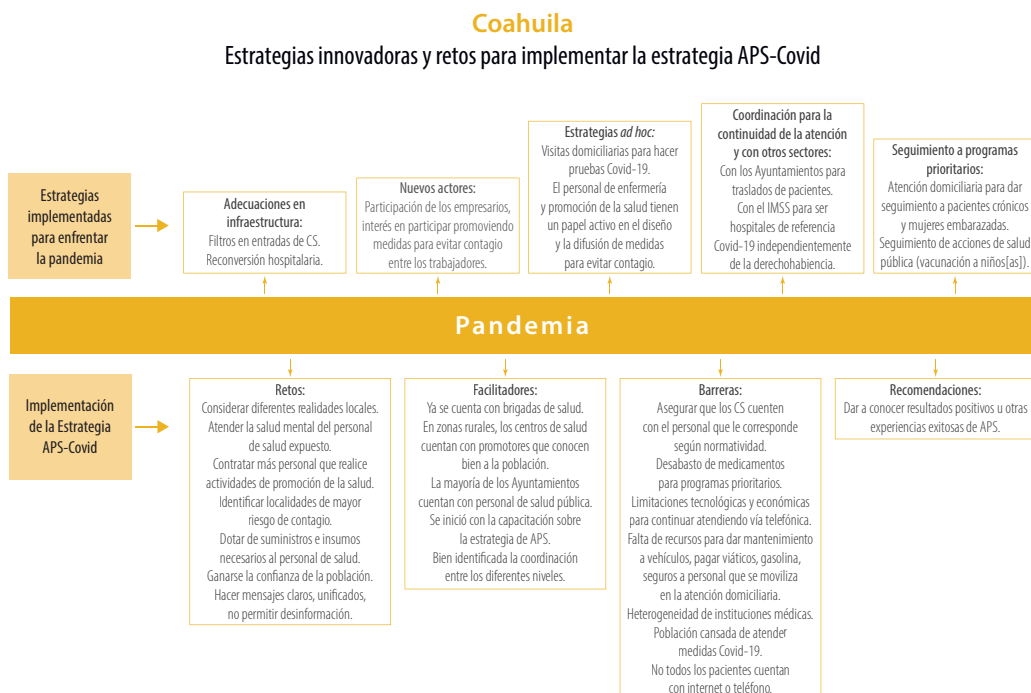
70	<b>Sonora</b>
72	Estructura y Organización
74	Indicadores
76	Fuentes de información utilizadas
77	Respuesta a la pandemia: Organización general
77	Infraestructura actual. Adecuaciones realizadas ante la pandemia
78	Recursos humanos
88	Acciones realizadas para implementar la Estrategia APS para Covid-19
81	Retos identificados y recomendaciones de los entrevistados para implementar Estrategia APS para Covid-19
83	Barreras y facilitadores para la implementación de acciones
84	<b>Tabasco</b>
87	Estructura y Organización
89	Indicadores
90	Fuentes de información utilizadas por el estado
92	Respuesta a la pandemia: Organización general
95	Infraestructura. Adecuaciones realizadas ante la pandemia
96	Recursos humanos
98	Acciones realizadas para implementar la Estrategia APS para Covid-19
105	Sistemas de información utilizados
105	Retos identificados y recomendaciones de los entrevistados para implementar Estrategia APS para Covid-19
108	Barreras y facilitadores para la implementación de acciones
112	<b>Yucatán</b>
114	Estructura y Organización
116	Indicadores
116	Fuentes de información utilizadas
118	Respuesta a la pandemia: Organización general
119	Recursos humanos
120	Acciones realizadas para implementar la Estrategia APS para Covid-19
122	Sistemas de información utilizados
123	Retos identificados y recomendaciones de los entrevistados para implementar Estrategia APS para Covid-19
124	Barreras y facilitadores para la implementación de acciones
127	<b>ANÁLISIS FODA</b>
128	Coahuila
130	Guerrero
133	Sonora
135	Tabasco
138	Yucatán
140	Conclusiones generales
141	Consideraciones específicas por estado
146	<b>RECOMENDACIONES GENERALES</b>
147	Recomendaciones específicas por estado
149	<b>ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS</b>
150	<b>DOCUMENTOS CONSULTADOS</b>
151	<b>LISTA DE ACRÓNIMOS Y SIGLAS</b>

# Resumen ejecutivo

Como respuesta a la pandemia ocasionada por la Covid-19, la Secretaría de Salud de México, (SS) en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), publicó en julio de 2020 la Estrategia de promoción de la salud, prevención, atención y mitigación de la Covid-19 en el marco de la Atención Primaria de la Salud (Estrategia APS para Covid-19). El propósito de la estrategia fue atender las necesidades de salud de la población vulnerable a la Covid-19 mediante acciones comunitarias y de primer contacto de atención con un enfoque de Atención Primaria de la Salud (APS), con prioridad en los grupos de riesgo, así como fortalecer los programas prioritarios de salud pública.

El objetivo general de este estudio fue analizar la respuesta de los servicios de salud para la atención a la pandemia en el marco de la Estrategia APS para Covid-19 en cinco entidades federativas de México: Coahuila, Guerrero, Sonora, Tabasco y Yucatán.

Se realizó un diagnóstico situacional mediante análisis de gabinete de los sistemas de información de cada estado para la planeación y seguimiento de la pandemia Covid-19 y para la continui-



dad de los programas prioritarios de salud a nivel comunitario y de los servicios de primer contacto, con base en la información proporcionada por los diferentes Servicios Estatales de Salud (Sesa); asimismo, se realizaron entrevistas de tipo cualitativo con actores clave mediante videoconferencias a nivel de los Sesa, de las Jurisdicciones Sanitarias (JS) y de las unidades de salud.

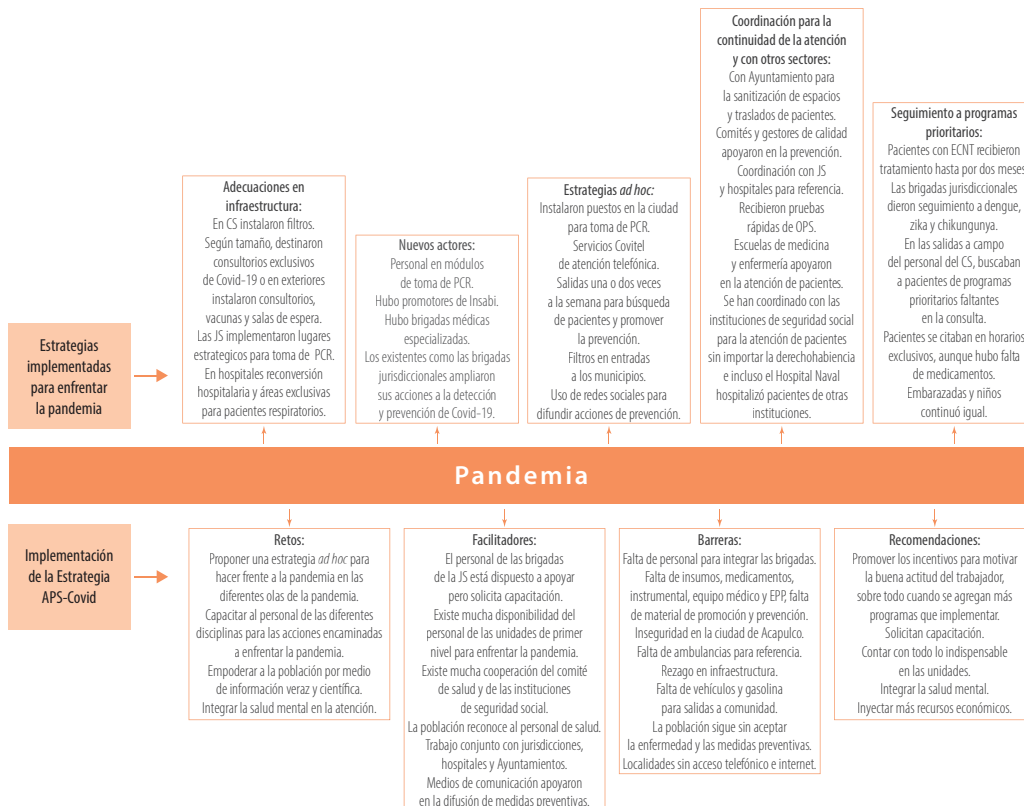
El principal resultado de este estudio fue la identificación de respuestas diferenciadas en cada estado a la emergencia sanitaria de acuerdo con sus posibilidades de infraestructura y recursos humanos disponibles.

Se documentó la carencia de un modelo de APS que responda a la necesidad de atención integral, continua y coordinada para dar respuesta a las necesidades de salud, principalmente las enfermedades crónicas. La reorganización a nivel de JS y de unidades de atención fue reactiva para una respuesta emergente y no puede considerarse como un cambio inicial hacia el fortalecimiento para una mejor calidad de la atención.

Se confirmó el uso de los sistemas de información para la medición de resultados y sistematización de las acciones de atención, control y mitigación de la pandemia. Las plataformas utilizadas en los estados son las siguientes: la plataforma del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral (Sisver), perteneciente al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Sinave) el cual recupera los casos de Covid-19; el Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (Sinerhías),

### Guerrero

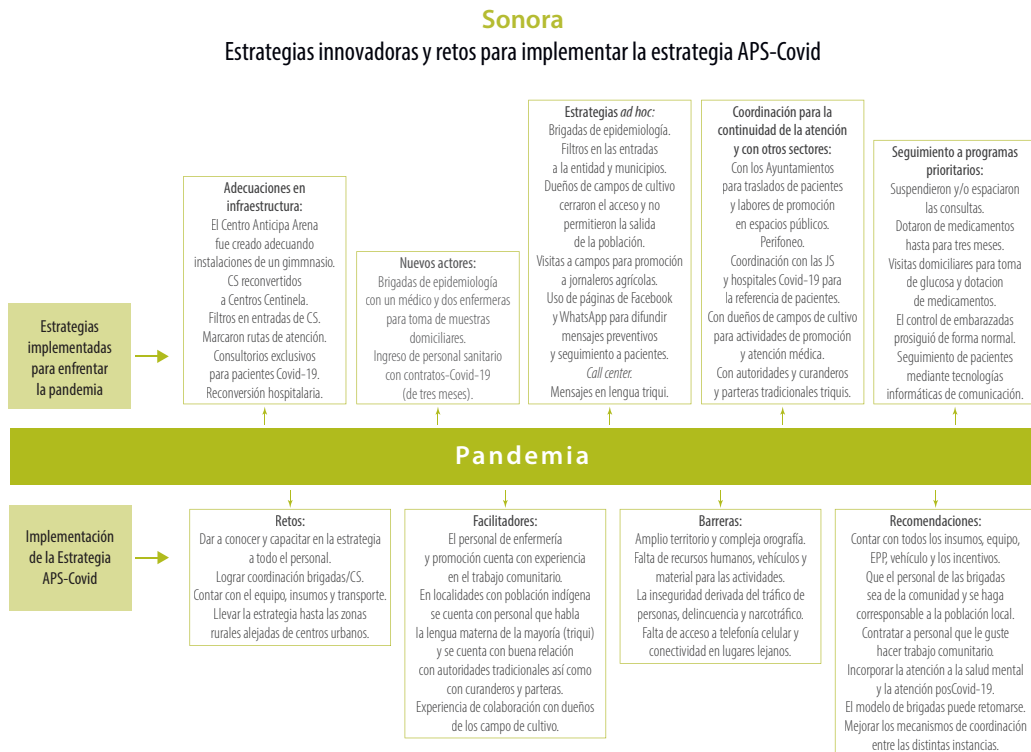
#### Estrategias innovadoras y retos para implementar la estrategia APS-Covid



el cual se utilizó como fuente de datos de infraestructura, en particular sobre recursos humanos en los estados y JS; los datos de población y estimaciones de proyección del Consejo Nacional de Población (Conapo) y la información del Censo de Población y Vivienda 2020 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi); asimismo, las plantillas de recursos humanos propias de cada entidad. Se identificó la necesidad de sistematizar las fuentes de información primarias (registros locales, bitácoras, entre otras) tanto en su diseño como en la periodicidad del registro.

Se realizaron adecuaciones en la infraestructura y reconversión hospitalaria a distinta escala. Se implementaron estrategias de coordinación entre los diferentes niveles de atención, intrainsitucionales e interinstitucionales, así como con el sector privado y organizaciones de la sociedad civil nacional e internacional. De esta manera, los Ayuntamientos, los regidores municipales y los comités de salud se constituyeron en actores locales de la gestión local.

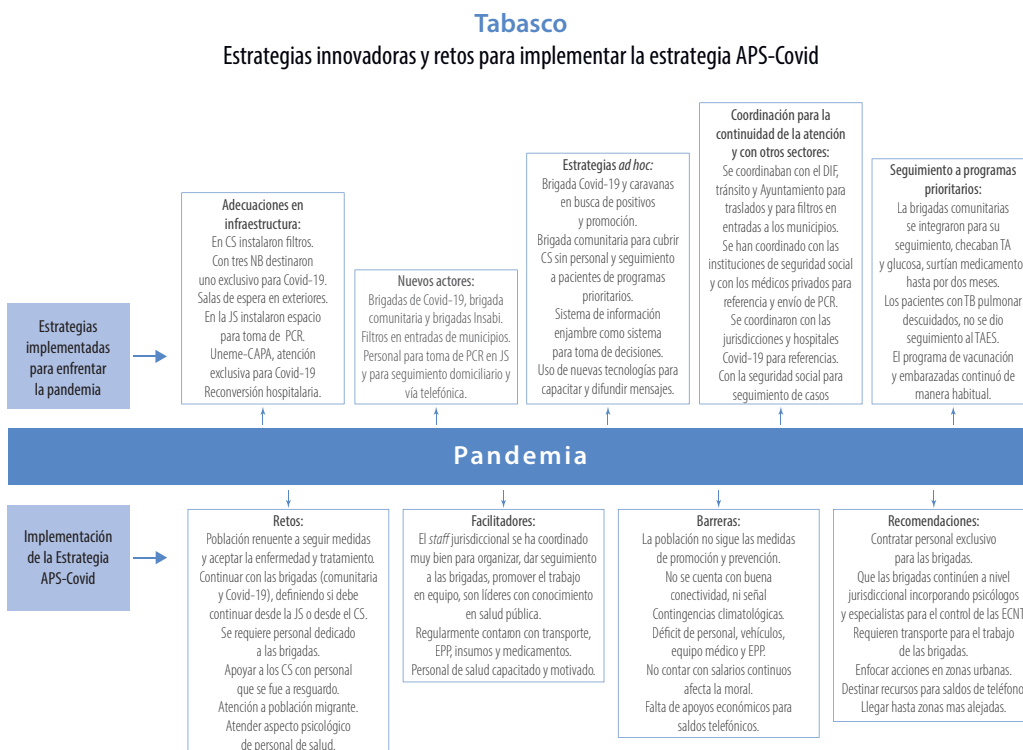
Se identificó la mayor afectación de las áreas rurales debido a la falta de personal de salud que existía, incluso previo a la pandemia, aspecto que se agudizó por la ausencia del personal que se fue a resguardo por tener mayor riesgo de contagio. Otro aspecto que caracterizó esta situación en la zona rural fue la dificultad para obtener insumos con tiempo suficiente para planear de mejor manera las acciones frente a la emergencia (medicamentos, equipos de protección personal y productos sanitizantes), es decir, cada unidad médica que otorga atención de primer nivel utilizó los recursos que tuvo disponibles en el momento que los necesitó, lo cual incluyó que ocasionalmente utilizaran su propio patrimonio, sobre todo para comprar productos sanitizantes. En este sentido, se puede concluir con que la capacidad institucional, organizacional y de gestión para la realización de los procesos operativos orientados a la cobertura de atención a Covid-19 fue rebasada.



Otro punto que merece atención especial es lo relativo a la gestión de los procesos de referencia de casos y atención hospitalaria. En este aspecto es importante subrayar el esfuerzo que las autoridades de salud estatales hicieron para trasladar casos, utilizando ambulancias propias y prestadas de otras instituciones públicas y privadas, así como la reconversión hospitalaria, la inclusión de recursos humanos de salud que laboraban en otros programas para identificar, atender y referir casos de Covid-19.

Respecto a la respuesta de la población, ésta fue heterogénea; durante los primeros meses de la pandemia hubo desconcierto e inseguridad respecto del trato con personal de salud, temerosos de ser contagiados y en algún caso extremo se produjo agresión verbal al personal. Posteriormente, y con la disponibilidad de más información, se logró la aceptación de las acciones y colaboración con las actividades de difusión para la prevención de riesgo de contagio.

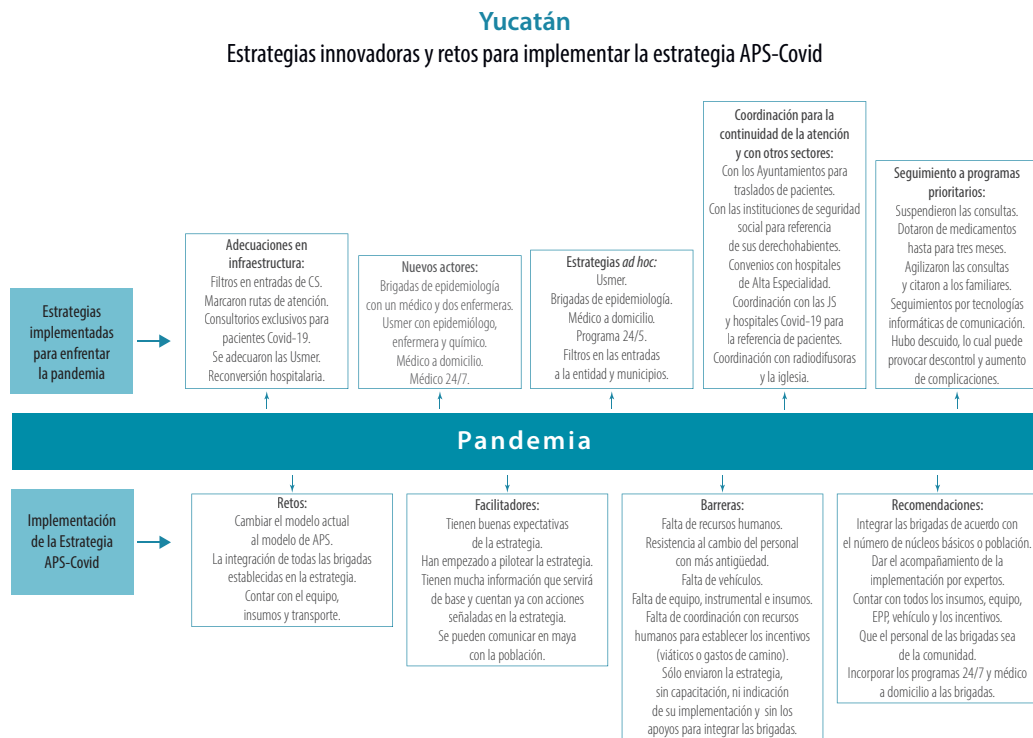
En cuanto al trabajo desarrollado por las brigadas de salud para atender Covid-19 como iniciativa local, éste funcionó en la mayoría de los estados; se integraron como ‘equipos de trabajo’ conformados por personal de salud de diferentes disciplinas. Estos equipos/brigadas realizaron una actividad preponderante, sobre todo en zonas rurales, al identificar casa por casa personas contagiadas; sus actividades evolucionaron desde el inicio de la pandemia, en donde solicitaban al área de epidemiología estatal acudir a realizar pruebas a los casos sospechosos, y posteriormente, los equipos/brigadas las realizaron y dieron seguimiento a los casos vía telefónica o se refirió al paciente al hospital en los casos que así lo requerían.





En general, los cinco estados analizados identificaron estrategias similares para enfrentar la pandemia, como las siguientes: Adecuaciones de infraestructura (filtros sanitarios a la entrada de las unidades médicas, lugares estratégicos para tomas de muestras, reconversión hospitalaria, entre otros); presencia de nuevos actores sociales: participación de sector privado (Coahuila), convenios con el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) para contrato de promotores/brigadistas (Tabasco), contratos de nuevo personal de salud (Sonora) e incorporación de personal de otros programas (Yucatán); coordinación para la continuidad de la atención (participación de Ayuntamientos, Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado [ISSSTE], Desarrollo Integral de la Familia [DIF], Cruz Roja, sector religioso, entre otros); implementación de acciones para dar seguimiento a programas prioritarios (a pacientes con enfermedades crónicas mediante llamadas telefónicas, dotación de medicamentos hasta para tres meses, revisión a mujeres embarazadas en visitas domiciliarias y vacunación a menores cinco años, entre otros).

Respecto a los retos/barreras destaca la coincidencia en los estados sobre la necesidad de contar con más personal de salud para hacer frente a las necesidades de atención, la cual se maximizó para responder a la pandemia y dar seguimiento a los programas prioritarios, sobre todo en áreas rurales, así como la necesidad de contar de manera regular con la dotación de medicamentos, equipo de protección personal (EPP) y productos sanitizantes.



Como resultado de las acciones realizadas, fue el mismo proceso de atención a la emergencia sanitaria que activó el trabajo interdisciplinario, de brigadas de salud, la prevención, promoción y continuidad de la atención, lo que el personal de salud entrevistado identificó como aspectos facilitadores de la puesta en marcha de una estrategia de APS en el futuro.

Se presentan cinco esquemas que resumen para cada estado, las estrategias implementadas por los Sesa, así como los retos, barreras y facilitadores que los actores estatales entrevistados identificaron como experiencia en la respuesta a la pandemia y recomendaciones que consideran relevantes para fortalecer los servicios locales de salud.

En conclusión, se confirmó la necesidad de fortalecer la comunicación para la implementación de estrategias que permitan la preparación y la respuesta ante las crisis sanitarias en todos los niveles de responsabilidad, así como la coordinación para las acciones.

Se encontró que la insuficiencia presupuestal, a nivel de los estados, es una limitante para responder de manera oportuna y suficiente a necesidades de salud emergentes y mantener la atención de los problemas prioritarios preexistentes, por lo que es indispensable apoyar a las entidades con los recursos que les permitan ofrecer los servicios, tanto en el área de salud pública como para la atención efectiva en las unidades de salud.

Finalmente, se requiere de la reorganización de los servicios de salud de primer contacto con el objetivo de transitar hacia un modelo de APS que promueva el trabajo del personal de salud como equipos coordinados con proyección de fortalecimiento a mediano y largo plazo.

# Introducción

La dinámica de la emergencia sanitaria ha permeado el funcionamiento, en todos los ámbitos, de la vida social e institucional; esto incluye la toma de decisiones y las estrategias para responder a la pandemia por Covid-19 que, al mismo tiempo, estas forman parte del impulso de la reforma al Sistema Nacional de Salud.

La Estrategia de Promoción de la Salud, Prevención, Atención y Mitigación de la Covid-19 en el marco de la Atención Primaria de la Salud (en adelante Estrategia APS para Covid-19) se publicó en julio de 2020 por la Secretaría de Salud (SS) mediante el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) a través del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (Cenaprece), en colaboración con la representación en México de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Secretaría del Bienestar. El propósito principal de la Estrategia APS para Covid-19 es fortalecer la respuesta de los sistemas locales de salud para así poder dar respuesta a las necesidades de salud de la población vulnerable a Covid-19. Esto se realizaría mediante acciones comunitarias y de primer contacto de atención con enfoque de APS, con priorización en grupos de riesgo.

Como parte fundamental de la implementación de un programa de salud, con el propósito de lograr los resultados esperados, se requiere garantizar que el diseño esté acorde con las condiciones contextuales para su adecuada realización, así como para la organización de procedimientos factibles y aceptables por los prestadores de servicios y la población a la que el programa se dirige, esto con el fin de lograr los resultados esperados. Por lo anterior, el objetivo general del estudio fue analizar la respuesta de los servicios de salud para la atención a la pandemia en el marco de la Estrategia APS para Covid-19 en cinco entidades federativas de México: Coahuila, Guerrero, Sonora, Tabasco y Yucatán.

## Problemas durante la ejecución de la carta de acuerdo

El principal problema durante la ejecución del proyecto fue la limitación para contar con la información necesaria que se habría obtenido directamente en las sedes. Asimismo, la imposibilidad de efectuar actividades presenciales debido a la contingencia sanitaria obligó a realizar todas las actividades vía remota, aunado a la dificultad en la comunicación de dicha modalidad de trabajo. Por otra parte, debido a la prioridad que implicó para los estados la respuesta a la pandemia, se limitó la comunicación, para obtener los datos, a los sistemas de información de los Servicios Estatales de Salud (Sesa) y la participación de los actores clave estatales para ofrecer toda la información requerida.

## Actividades realizadas

Inicialmente se gestionó, con el apoyo de la OPS y del Cenaprece, una reunión virtual con los secretarios de salud estatales y los directivos de los Sesa de las entidades federativas participantes, esto con el fin de presentar el proyecto, obtener la anuencia para su realización, acordar los canales de comunicación y la identificación de funcionarios que fungirían como los contactos para el desarrollo del proyecto y para proporcionar la información requerida, apoyar en las gestiones para la realización de las entrevistas propuestas y facilitar el trabajo de campo.

Cada entidad federativa asignó a un responsable de los Sesa a fin de mantener la comunicación vía remota para la recolección de datos a nivel estatal, jurisdiccional o unidad médica, según correspondiera al tipo de información. Cabe señalar que, durante el transcurso de esta comunicación, hubo cambio de responsable en algunos estados.

## Componente cuantitativo

La comunicación y el intercambio de información se realizó vía remota y la obtención de datos de cada estado se llevó a cabo para el diagnóstico situacional (hasta diciembre de 2020) mediante solicitud directa al responsable designado de los Sesa. Para documentar las acciones de respuesta a la pandemia (enero a julio de 2021), la planeación de visitas y trabajo en campo en cada una de las entidades federativas no fue factible debido a las medidas de confinamiento existentes en el periodo, por lo que la alternativa fue la participación de dos profesionales de las áreas de epidemiología o estadística, quienes fueron propuestos por las autoridades de los servicios de salud de cada estado para la obtención de la información y captura de datos requerida.

Para identificar los sitios y la organización a nivel estatal de las Jurisdicciones Sanitarias (JS) y los Centros de Salud (CS) en los que se llevaron a cabo las acciones implementadas para la atención durante la pandemia de Covid-19, se obtuvo información sobre recursos físicos, humanos, aspectos organizacionales y sistemas de información utilizados directamente de los estados de Coahuila y Tabasco para ambos periodos. Para Guerrero, Sonora y Yucatán sólo se obtuvieron datos para el diagnóstico situacional. Cada entidad eligió de tres a cinco JS para reportar las acciones implementadas durante la pandemia y los estados validaron la información previamente reportada.

Adicionalmente, se desarrolló una propuesta de indicadores que diera cuenta de las acciones que realizó cada uno de los estados participantes durante la pandemia. Los indicadores se agruparon en recursos, disponibilidad y proceso en las dimensiones de promoción y prevención, identificación oportuna, detección temprana y continuidad en la atención.

## Información epidemiológica Covid-19

Se realizó un análisis secundario de los datos abiertos sobre Covid-19 en México publicados por la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la SS, datos que estuvieron disponibles hasta el 31 de diciembre de 2020 y posteriormente de enero a julio de 2021. Se seleccionaron los casos registrados por los Sesa de los estados participantes en este proyecto.

La información epidemiológica sobre Covid-19 (línea base) se analizó mediante un sistema de información, derivado de un sistema único desarrollado a nivel federal, en el cual toda la información se obtiene de los sistemas informativos de las entidades federativas y de las unidades

médicas (CS y hospitales). La base incluye el acumulado de casos día con día, de casos registrados con sospecha por datos clínicos y resultado positivo a SARS-CoV-2 en el análisis de laboratorio de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP). Los datos son registrados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral (Sisver) con la participación de unidades centinela, que son las Unidades de Salud Monitoras de Enfermedad Respiratoria Viral (Usmer), distribuidas en cada estado y que incluyen unidades médicas de los tres niveles de atención, además de unidades especializadas en neumología, infectología y pediatría. La información sobre las muertes ocurridas corresponde a registros oficiales de la Red de Defunciones Sujetas a Vigilancia Epidemiológica (Redeve).

Para el diagnóstico situacional se incluyeron los casos registrados desde el 27 de febrero hasta el 31 de diciembre de 2020; para el seguimiento, se incluyeron los casos del 1 de enero al 31 de julio de 2021. Se seleccionaron los casos atendidos en las unidades pertenecientes a la SS, a los Sesa y a los Servicios Médicos Municipales (SMM). Se analizaron los registros según su nivel de atención, grupo de edad, sexo, estado de embarazo, presencia de comorbilidades y distribución de éstas, origen del caso (atención en Usmer o no) y complicación (neumonía).

### Sistematización de información. Indicadores

En la sección "Resultados" se presentan los indicadores para cada estado respecto a las JS seleccionadas, así como la sistematización de las bases de datos generadas a partir de la información proporcionada por las autoridades estatales para cada entidad en los dos periodos analizados.

Para la propuesta de indicadores se solicitó a los estados las bases de datos, listados electrónicos o en caso de no contar con estos, listados en físico (escaneados para facilitar la sistematización de la información). Una vez recibida ésta, se analizaron estos datos con la finalidad de estructurar una base de indicadores que pretendía ser aplicable para todos los estados participantes, con el fin de obtener la mayor cantidad de información de manera homogénea.

La mayoría de los informantes eligió el envío de los datos específicos, lo cual permitió el cálculo de los indicadores. Dado que varios de los indicadores requirieron información desagregada por edad, sexo y JS, se encontró una cantidad considerable de datos faltantes, sobre todo a nivel de CS y jurisdicción. Para intentar solventar la situación, al inicio de la sistematización de los archivos recibidos, se identificaron las fuentes de información disponibles, con la finalidad de notificar a los estados cuáles podrían ser las apropiadas para el envío de información.

Para documentar las acciones que se llevaron a cabo durante la pandemia respecto a la prevención, atención y mitigación de la Covid-19, siempre desde un marco de APS, se solicitó a los estados la información del periodo enero-julio de 2021.

Se consideró recabar información actualizada respecto a la infraestructura, el equipo y los recursos humanos para la salud, de la prestación de servicios en los diferentes niveles, principalmente en el primer nivel de atención y comunitario a nivel de jurisdicción, así como los datos referentes a la pandemia de Covid-19 actualizados desde las bases de los estados seleccionados.

También se decidió incluir en la plantilla de indicadores la fuente de datos (censo o listado de la población con enfermedades crónicas) en cada entidad. Para ello, se utilizaron como trazadores los siguientes: la información sobre diabetes e hipertensión, seguimiento a mujeres embarazadas y continuación con el esquema de vacunación en la población.

La desagregación se solicitó en los niveles de entidad y de JS. Para el cálculo de los indicadores, se concentró la información en una hoja de cálculo de *Excel* y posteriormente se trasladó a un archivo de *Word* ("Anexo Técnico de Indicadores"). Éste incluye la definición del indicador propuesto

para el desarrollo del proyecto, su utilidad y la fórmula de cálculo, datos requeridos para el cálculo y posibles fuentes de información identificadas a partir del análisis de los archivos recibidos de las solicitudes a nivel estatal.

### Análisis estadístico

Con las bases de datos disponibles en las JS y adicionales se realizó un análisis estadístico con medidas de tendencia central (medias, razones y proporciones), el cual se deriva del tipo de variables obtenidas. Con ello se procedió al cálculo de los indicadores de procesos y resultados, así como al análisis de las modificaciones estructurales, organizacionales y de cobertura.

Los indicadores incluyeron los siguientes componentes:

- Definición de la(s) unidad(es) de medida para el registro de acciones (a nivel de JS).
- Existencia y tipo de registro de cuantificación de acciones prioritarias para las unidades de medida establecidas.
- Fuentes de información y métodos utilizados para la cuantificación.
- Periodicidad de registro y verificación de su calidad.
- Cobertura de programas prioritarios (diabetes tipo 2, hipertensión, vacunación).
- Identificación de población de riesgo para Covid-19.
- Detección temprana de casos.
- Rastreo oportuno de contactos.

A continuación, se comentan por estado algunas precisiones sobre el desarrollo de las solicitudes de información.

### Coahuila

Los indicadores para Coahuila incluyen las JS Sabinas (III), Monclova (IV), Torreón (VI) y Saltillo (VIII). Los indicadores de recursos se elaboraron con datos de la base del Sinerhias, misma que se utilizó para verificar los totales.

El resto de los indicadores se calcularon con la base de datos "Base de datos Sisver diciembre OPS". Los casos para el cálculo de los indicadores incluyeron hasta diciembre de 2020. Las variables utilizadas de la base para generar la información por jurisdicción fueron "mpioresi", la cual corresponde al municipio de residencia y "resdefin", correspondiente al resultado definitivo del individuo para identificar si corresponde a un caso de Covid-19. Con base en estas variables, se calcularon los indicadores referentes a los registros de Covid-19, egresos, pruebas, letalidad y mortalidad, así como las comorbilidades crónicas y los signos de alarma. Estos indicadores dieron cuenta de la atención en unidades médicas y, por lo tanto, no necesariamente se consideran a nivel poblacional. Los datos sobre población y las estimaciones de proyección para las JS se obtuvieron, en su mayoría, de la información publicada por el Consejo Nacional de Población (Conapo).

Los indicadores calculados se enviaron a un representante estatal designado a partir de una última reunión celebrada con autoridades en 2021 para la presentación de los avances con el propósito de validar los indicadores.

## Tabasco

El estado de Tabasco realizó un primer envío el 15 de febrero de 2021 y un segundo el 22 de febrero de 2021, éste se titula de la siguiente manera:“(CENAPRE-20210222T201153Z-001[1852].zip”. En los archivos con el nombre de cada JS se enviaron los cuadros con la información requerida a la entidad. Esta información se organizó a nivel jurisdicción para todas las JS que participaron en la Estrategia APS para Covid-19.

Esto último fue posible debido a que todos los cuadros de las JS se enviaron con la misma información, en el mismo orden y se dejaron vacíos los espacios sin datos, pero no se modificó la estructura del cuadro con la información requerida. Se dejó una pestaña para cada jurisdicción (Cunduacán, Jalpa, Nacajuca y Tenosique). También se presentó un cuadro resumen titulado “Indicadores” en el caso de las pestañas de cada jurisdicción, así como la descripción de la fuente que, en todos los casos, los indicadores estimaron con la información proporcionada por la entidad. Los datos de población y las estimaciones de proyección para las JS de análisis se obtuvieron, en su mayoría, de los datos publicados por el Conapo.

A partir de una segunda reunión con autoridades estatales para la presentación de resultados, se designó a un representante para validar la información obtenida hasta diciembre de 2020, así como la elaboración de los indicadores de la etapa 2021. Los indicadores se presentan en los cuadros.

## Sonora

La información se obtuvo de los siguientes documentos: “Aviso Epidemiológico COVID19-Feb.08.2021-1.pdf” y “Anexo del Anuario Estadístico 2020, para conocer la estructura de la entidad a nivel JS”. Este archivo corresponde a “unidades médicas, consultorios, médicos, enfermeras.xlsx”.

Posteriormente, de forma complementaria Sonora hizo llegar los cuadros solicitados de manera gradual de las JS de Hermosillo, Caborca y Navojoa, e información a nivel jurisdicción de Hermosillo (Jur1), a nivel jurisdicción y CS para las JS de Caborca (Jur2) y Navojoa (Jur5), las cuales contienen los datos utilizados para la entidad a nivel jurisdicción en varios archivos. Los archivos de información requerida fueron modificados en algunos campos y no siempre se proporcionó la misma información para todas las JS. Con estos archivos enviados por la entidad se estimaron los indicadores a nivel jurisdicción.

A partir de la información a nivel entidad recabada en el “Aviso Epidemiológico” y la información enviada por la entidad, se estimaron los indicadores para las JS 1, 2 y 5 en las hojas de cálculo del archivo citado. El archivo contiene en la columna de la fuente de numerador y denominador la fuente de información de la que se extrajeron los datos. En el caso de la entidad, se utilizó primordialmente el “Aviso Epidemiológico”; para las JS se utilizó la información proporcionada por las autoridades de Sonora.

Todos los indicadores fueron estimados con base en los cuadros proporcionadas por las entidades, salvo el indicador acerca de las personas embarazadas, el cual se calculó con la base de datos “SISVER 2020 CASOS COVID POSITIVOS ESTADO DE SONORA.xlsx”, en donde se asumió la JS por municipio de residencia. Los datos de población para las JS de análisis se obtuvieron, en su mayoría, de la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) a partir del Censo de Población y Vivienda 2020.

## Yucatán

Para el estado de Yucatán se contó con información sólo de la JS 2 con el archivo “Archivo 2. Información requerida Jurisdicción No2”, con los nombres de las fuentes de datos y un documento a nivel estatal.

Para el análisis de seguimiento se contó con información de Sinerhías y el archivo “SINERHIAS YUCATAN A 5 DE ABRIL”, que contiene los casos de Covid-19 en la entidad, pero no a nivel de JS, lo que impidió calcular los indicadores. Los datos de población para las JS de análisis se obtuvieron, en su mayoría, de la información que publicó el Inegi a partir del Censo de Población y Vivienda 2020.

## Componente cualitativo

Con ayuda de los contactos de los Sesa, se eligieron tres JS de cada estado. De cada una de ellas se seleccionaron tres CS, personal médico, de enfermería y promotores(as). La selección de la muestra de personal de salud para ser entrevistado la llevaron a cabo representantes de los Sesa, con quienes se entró en contacto para facilitarlas. De esta manera, los Sesa proporcionaron un listado de diferentes actores clave implicados tanto en la gestión a nivel estatal, como en su puesta en marcha en términos operativos.

También se entrevistó a un grupo reducido (tres personas) de actores clave a nivel federal para contar con información respecto al diseño de la Estrategia APS para Covid-19 y sus objetivos de implementación nacional. Asimismo, se buscó la contraparte estatal y se logró entrevistar a seis tomadores de decisiones de diferentes jerarquías institucionales. En total, se entrevistó a 126 personas.

Adicionalmente, se efectuaron talleres de devolución de información con los Sesa de Coahuila, Tabasco y Yucatán. En cada estado, los Sesa invitaron a participar en los talleres tanto a tomadores de decisiones estatales, como a personal operativo, siendo el taller de Yucatán el más concurrido. Las intenciones de los talleres fueron las siguientes: presentar los avances del estudio, recoger recomendaciones, escuchar a los participantes para tener insumos y complementar los hallazgos para elaborar matrices de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA).

El procedimiento seguido para el análisis cualitativo de la información compilada fue el siguiente: primero, el total de entrevistas hechas mediante videollamadas fueron audiograbadas; posteriormente, se transcribieron literalmente. Después se hizo un análisis de contenido de forma manual. Para ello, y a partir de las guías de entrevista elaboradas previamente, se diseñaron dos tipos de concentrados de información: por entrevista y por estado. El primero se hizo para explorar las barreras y los desafíos que representó la implementación de la Estrategia APS para Covid-19 e incluye los siguientes temas: Nivel de avance, Barreras, Facilitadores, Retos para la implementación, Recomendaciones y Posibilidad de continuidad con programas prioritarios de salud. Con el segundo concentrado de información se registraron las menciones hechas por las personas entrevistadas sobre la reorganización de los servicios de salud a partir de la pandemia. Incluyó los siguientes temas: Coordinación para la atención Médica, Adecuaciones de infraestructura, Promoción y prevención, Referencia o continuidad de la atención, Apoyos, Recursos humanos, Coordinación con otros sectores, Seguimiento de programas prioritarios y Barreras enfrentadas.





# Resultados



La presentación de los resultados se efectúa de manera integrada para cada estado participante (mapa 1) con el propósito de mostrar las acciones realizadas para la respuesta a la pandemia de Covid-19 desde las dos metodologías de análisis utilizadas: cuantitativa, que recupera la sistematización de información estadística a nivel estatal (y cuando estuvo disponible de las JS), así como los datos de indicadores seleccionados para el proyecto; y cualitativa, que describe la respuesta de los servicios desde la perspectiva de los participantes en diferentes niveles de acción: federal, estatal, jurisdiccional y de CS. Previo a la descripción de cada estado se presenta la perspectiva de directivos de la SS del nivel federal, con el propósito de contextualizar la respuesta de manera general. Debe resaltarse que la información se enfocó en la experiencia de cada entidad y sus acciones contra la Covid-19.

• Mapa 1. Ubicación de los cinco estados seleccionados para la evaluación. México

Fuente: Elaboración propia



El componente cuantitativo se organizó en dos secciones que midieron la respuesta de los estados en acciones para enfrentar la pandemia. La primera sección describe la estructura y organización de cada una de las entidades participantes; la segunda, presenta los indicadores elaborados específicamente por el proyecto para sistematizar la información de cada estado con fines comparativos entre ellos.

Para el componente cualitativo, se realizó el reporte descriptivo a partir del análisis de los concentrados de información previamente señalados. Primero se presentan los resultados a nivel federal, seguido de los reportes de cada estado en orden alfabético: Coahuila, Guerrero, Sonora, Tabasco y Yucatán. Para ilustrar la descripción, se incluyeron algunos fragmentos de las narraciones de las personas entrevistadas. Es importante mencionar que, durante el proceso de análisis de la información, se entregó un reporte preliminar con los resultados de Coahuila, Sonora y Yucatán elaborado de manera global. A partir de los comentarios recibidos, para los estados de Guerrero y Tabasco, los análisis se presentan por JS.

# El diseño de la Estrategia APS para Covid-19 desde el nivel rector de salud

Para conocer la manera en la que se elaboró la Estrategia APS para Covid-19 así como los objetivos, las barreras y recomendaciones, se entrevistó a tres directivos de nivel federal que participaron en su diseño (cuadro I).

El plan de acción incluyó la perspectiva de la APS respecto a intervenir en la detección oportuna de casos, prevenir el desarrollo de complicaciones en los pacientes contagiados, realizar actividades de educación y promoción de la salud e instrumentar una respuesta rápida de los servicios de salud para la atención de casos urgentes. La Estrategia APS para Covid-19 surgió de la necesidad de detener la transmisión de la enfermedad al reconocer el riesgo entre la población mexicana de desarrollar complicaciones graves al contagiarse del virus SARS-CoV-2, de acuerdo con la evidencia que se generó a partir del comportamiento de los casos, la cual vinculó las formas más difíciles de tratar la Covid-19 en los pacientes que sufrían alguna alteración cardiometabólica.

Otros aspectos considerados para la elaboración de la Estrategia APS para Covid-19 fueron el reconocimiento de la dispersión de la pandemia en áreas rurales, donde la atención se complica debido al menor número de personal de salud disponible, además de quienes se mantuvieron en resguardo por presentar alguna condición de riesgo. También porque la reorganización de los servicios implicó que las unidades destinadas para atención cardiometabólica se convirtieran en unidades para triaje respiratorio de Covid-19. Por otro lado, había desconocimiento poblacional sobre las rutas a seguir para atenderse por Covid-19: “No sabían dónde acudir, adónde llamar, con quién solicitar el servicio”, a pesar de que diariamente se presentaban los datos en una conferencia de prensa que se difundía a nivel nacional.

• Cuadro I. Actores entrevistados de nivel federal y adscripción institucional

Área laboral	Adscripción institucional
Dirección de Evidencias en Salud	DGPS, SS
Programa de Enfermedades Crónicas	Cenaprece, SS
Programa de Enfermedades Crónicas	Cenaprece, SS

La Estrategia APS para Covid-19 se diseñó para unidades de un solo núcleo básico. Se propone organizarse a partir de la participación conjunta de tres brigadas de salud: Promoción de la salud, Especializada y de Atención clínica; cada una con su respectiva organización que incluye personal médico, de enfermería y promotores. Pretende, además de prevenir contagios, dar continuidad a tareas esenciales de salud pública, como vacunación a niños y seguimiento a mujeres embarazadas. En opinión de uno de los entrevistados, lo esencial es “acercar a la comunidad”.

Institucionalmente, participaron en el diseño el Insabi, la SPPS de la SS y las áreas estatales respectivas. Un antecedente coyuntural para la puesta en marcha de la Estrategia APS para Covid-19 ocurrió en febrero de 2020 cuando se lanzó en nuestro país la iniciativa *Hearts* para el control de enfermedades cardiometabólicas, con énfasis en hipertensión y diabetes. Los estados donde se promovió esa iniciativa fueron Oaxaca, Puebla, Tabasco y la Ciudad de México; sin embargo, debido a la reorganización de prioridades de atención médica de los estados ante la pandemia, se dejó de promover y se retomó cuando, en junio del mismo año, estuvieron listos los lineamientos del plan de APS-Covid-19 y se consideró que podían potenciarse con la estrategia *Hearts*. En esta iniciativa

participó la OPS, al igual que en la elaboración del documento APS-Covid-19. En la reunión del Consejo Nacional de Salud (Conasa), donde participan los secretarios estatales de salud, se presentó la versión final del documento, aunque no se consideró como un planteamiento definitivo: "Final" entre comillas, porque es la versión 1.0" (entrevistado, Dirección de Evidencias en Salud).

Los entrevistados coincidieron en que es una estrategia que recién inicia, la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), adscrita a la SS, capacitó a las áreas estatales respectivas de las 32 entidades federativas sobre el funcionamiento de la Brigada de Promoción de la Salud.

## Barreras

Un entrevistado comentó que fortalecer el primer nivel de atención mediante la Estrategia APS para Covid-19 "sería ideal", y de existir un mayor trabajo en ese nivel, no estarían saturados los hospitales de casos complicados por el contagio de Covid-19. Sin embargo, para ponerla en marcha hay barreras importantes que se deben reconocer.

La pandemia alteró la organización estatal de los servicios de salud. Las metas propuestas al inicio del año 2020 no se alcanzaron. La atención a los pacientes con Covid-19 y el seguimiento a su control no fueron posibles en todos los casos, algunas razones fueron cambio de domicilio o de teléfono. Hubo CS que se quedaron sin suplir al personal que se fue de resguardo, razón por la cual disminuyeron las posibilidades de realizar visitas domiciliarias de seguimiento a los pacientes. Saben de la situación de austeridad que se vive en los estados, por ello, se considera que implementar la Estrategia APS para Covid-19 presentará diversas dificultades; entre ellas, la principal es que las entidades federativas no cuentan con el personal suficiente para proceder mediante el trabajo de las brigadas de salud. Es necesario disponer de recursos humanos dedicados de manera permanente a ese trabajo. En opinión de una entrevistada: "No existen suficientes contratos que alcancen ni siquiera para cubrir las unidades médicas... menos para que exista una brigada especializada"; tampoco hay promotores suficientes. A esto se suma el inconveniente de la rotación de pasantes de medicina que están solamente un año y se retiran de la unidad, lo que dificulta mantener las actividades iniciadas.

Otra barrera abordada por los entrevistados fue la falta de recursos económicos para dar mantenimiento a tareas esenciales, como dotar de combustible a los vehículos requeridos para realizar las visitas domiciliarias en las comunidades, pagar viáticos e, incluso, enfrentar los riesgos que implican los traslados por carretera del personal de salud. Uno de los entrevistados de nivel federal comentó que están al tanto, incluso, de que en algunos estados se les dificulta hasta acudir a los almacenes estatales a recoger medicamentos debido a la falta de recursos. Es decir, existe un amplio conocimiento de los problemas que cotidianamente enfrentan las administraciones estatales para atender a la población y se está trabajando en ello. Los estados son autónomos y ellos mismos deciden si desarrollan o no los programas de nivel federal. Esto en cierto sentido puede ser una barrera para desarrollar propuestas que beneficien a las personas; aunque también se reconoce que, precisamente por la austeridad que enfrentan, "los estados siempre nos rebasan, van un paso adelante de lo que nosotros hacemos y son súper trabajadores..." (entrevistado, Programa de Enfermedades Crónicas).

Los apoyos que se pueden otorgar mediante programas de nivel federal están circunscritos a las posibilidades del manejo que otorga la Secretaría de Hacienda, por lo que se ha tratado de hacer sinergia con otras instituciones, como el Insabi, para apoyar a las áreas estatales que más lo requieran.

## Facilitadores

Los estados respondieron muy rápido a la emergencia sanitaria. Reestructuraron sus servicios, se organizaron, se capacitaron y fluyeron los insumos para proteger al personal de salud. Una de las entrevistadas señaló que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ofreció capacitación

abierta a todo el personal de salud, pero cuando se presentó la Estrategia APS para Covid-19 se dieron cuenta de que estados como Tabasco ya tenía en marcha una iniciativa muy parecida, la cual se auxiliaba de personas locales que conocían bien el contexto. Incluso, innovaron al utilizar herramientas tecnológicas como tabletas electrónicas para el acopio de información: “Los estados desarrollaron aplicaciones en *WhatsApp*, *Facebook*, elaboraron materiales... han trabajado mucho para responder a la pandemia”, (entrevistado, Programa de Enfermedades Crónicas).

Cada estado tiene su área de promoción de la salud. Del nivel federal se envían las estrategias y cada entidad debe coordinarse con su área respectiva para llevar a cabo las acciones sugeridas. El trabajo mediante brigadas de salud pretende evitar que se saturen los servicios de las diferentes unidades de salud e impedir que se desplacen las personas susceptibles y se contagien. Además, intenta dar seguimiento a los pacientes en riesgo y a los programas prioritarios.

### Promoción y prevención

La Red Mexicana de Municipios por la Salud (RMMS) se coordina con la DGPS perteneciente a la SS. Esta asociación elabora documentos que se distribuyen a todos los municipios y publica materiales educativos y documentos técnicos. A nivel comunitario, se informa sobre las actividades por realizar o seguir.

En el caso de las poblaciones indígenas, en colaboración con el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (Inali) y el Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (INPI), se mandan mensajes en lengua materna por medio de las radiodifusoras indígenas para mantener informadas a las comunidades.

Además, se cuenta con la página electrónica oficial <<https://coronavirus.gob.mx/>> en la que se publican lineamientos generales. Por ejemplo, recomendaciones para zonas turísticas, espacios cerrados o espacios abiertos; en dicho sitio se encuentra también información de importancia para la población y para el personal médico, entre otros.

Aparte, disponen de materiales educativos diversos, de acuerdo con el momento del semáforo epidemiológico. Además, cuentan con una cuenta de *OneDrive* (*Google Drive*) en la que “suben” la información generada a nivel federal para compartirla con los estados.

### Retos para la implementación

Uno de los retos más importantes, mencionado por una de las entrevistadas, es la coordinación entre todo el sector salud. La informante opinó que en la SS sí se vinculan, pero existe poca participación con el IMSS y con hospitales privados. Señaló que lo ideal sería “unirnos todos”. Otro reto es la vinculación con los estados “de manera más horizontal”, ya que ellos implementan la Estrategia APS para Covid-19 en función de sus posibilidades y eso se tiene que recuperar positivamente.

Otro reto para que la Estrategia APS para Covid-19 permanezca son los costos que implica la contratación del personal que integre las brigadas de salud. La misma persona opinó que es una buena propuesta, pero es difícil saber si se podrán cubrir los costos de la iniciativa, ya que además de los contratos, existen otros gastos por solventar. Por ejemplo, se mencionó que la Estrategia APS para Covid-19 propone realizar llamadas telefónicas para dar seguimiento a los casos identificados; sin embargo, como señaló uno de los entrevistados, no se debe perder de vista aspectos prácticos, como: “¿Quién les va a pagar el teléfono y la línea? ¿Los traslados de las brigadas a las unidades de salud? ¿Quién las va a trasladar?” (entrevistado, Dirección de Evidencias en Salud).

Al respecto, se sabe que existen áreas de promoción de la salud en los estados que no disponen de vehículos ni de personal operativo. Es decir, implementar la iniciativa requiere de planeación en diferentes rubros, lo que incluye incorporarla formalmente a la red de servicios. Dadas las condiciones actuales de los Sesa ante la pandemia, queda la duda de qué tanto es posible su puesta en marcha.

Por otro lado, también falta identificar quién hará la tarea de supervisar a la brigada especializada, ya que se desconoce si existe una contraparte a nivel federal que dé seguimiento a todas las acciones de las áreas de atención médica de las JS y de nivel estatal. De la misma manera, está ausente una plataforma que integre el sistema de información en el que se haría el registro de la información generada por las brigadas de salud. Adicionalmente, se contempla la utilización de varios formatos para reportar el trabajo realizado; sin embargo, reproducirlos se complicaría tanto en las unidades médicas como en las JS, ya que no se cuenta con los recursos necesarios.

Desde el área de enfermedades crónicas del Cenaprece se apoya a los estados con la contratación de recursos humanos para implementar el Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano: médicos, nutriólogos, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales. Sin embargo, no se les puede pagar transporte o viáticos; de esta manera es complicado pedirles que salgan a realizar visitas de campo sin contar con ese recurso; es decir, pese a estar contratados con recursos del mismo centro que promueve la Estrategia APS para Covid-19, no se puede asegurar que la apoyarán. Otra dificultad es el tipo de contrato del personal de base, el cual no incluye protección de riesgos en la salida. Respecto a los recursos humanos, la entrevistada del área de Promoción de la Salud de la SS comentó que el personal que laboraba anteriormente como afiliado pasó a ser contratado para llevar a cabo acciones de promoción de la salud; sin embargo, si se consideran para desarrollar la iniciativa y conformar la brigada comunitaria, se requeriría capacitarlos, ya que “su nivel de escolaridad es bajo y no provienen del área de ciencias de la salud” (entrevistada, Dirección de Evidencias en Salud).

### Recomendaciones para implementar la Estrategia APS para Covid-19

Para probar la Estrategia APS para Covid-19 sería deseable iniciar con un programa piloto:

“Dotarlos con todos los formatos, la plantilla completa de la brigada especializada, de brigada de promoción, atención médica; y entonces ver realmente si opera o no, que el piloto sea en diferentes contextos, preferentemente en las localidades de mayor rezago, para así identificar las barreras y los facilitadores” (entrevistado, Dirección de Evidencias en Salud).

Otra recomendación es actualizar los lineamientos posCovid-19 para que los estados sepan cómo se volverá a la “normalidad”, de qué manera se continuará con el trabajo a partir de la realidad heterogénea que tienen las entidades y su relación también con el semáforo epidemiológico.

Además, se recomendó brindar seguimiento a la Estrategia APS para Covid-19 mediante la coordinación intersectorial:

“El Insabi tiene la tarea de reactivar la atención primaria de la salud comunitaria” (entrevistado, Dirección de Evidencias en Salud).

### Continuidad de la Estrategia APS para Covid-19

Dada la actual emergencia sanitaria, no es fácil vislumbrar la manera de desarrollar la Estrategia APS para Covid-19, pues si bien la recomendación es seguir con los programas prioritarios de salud pública, se sabe que estos se han visto alterados en su desarrollo por diversas circunstancias; sin embargo, el personal de salud continúa con diversas estrategias para no perder el control de los pacientes.

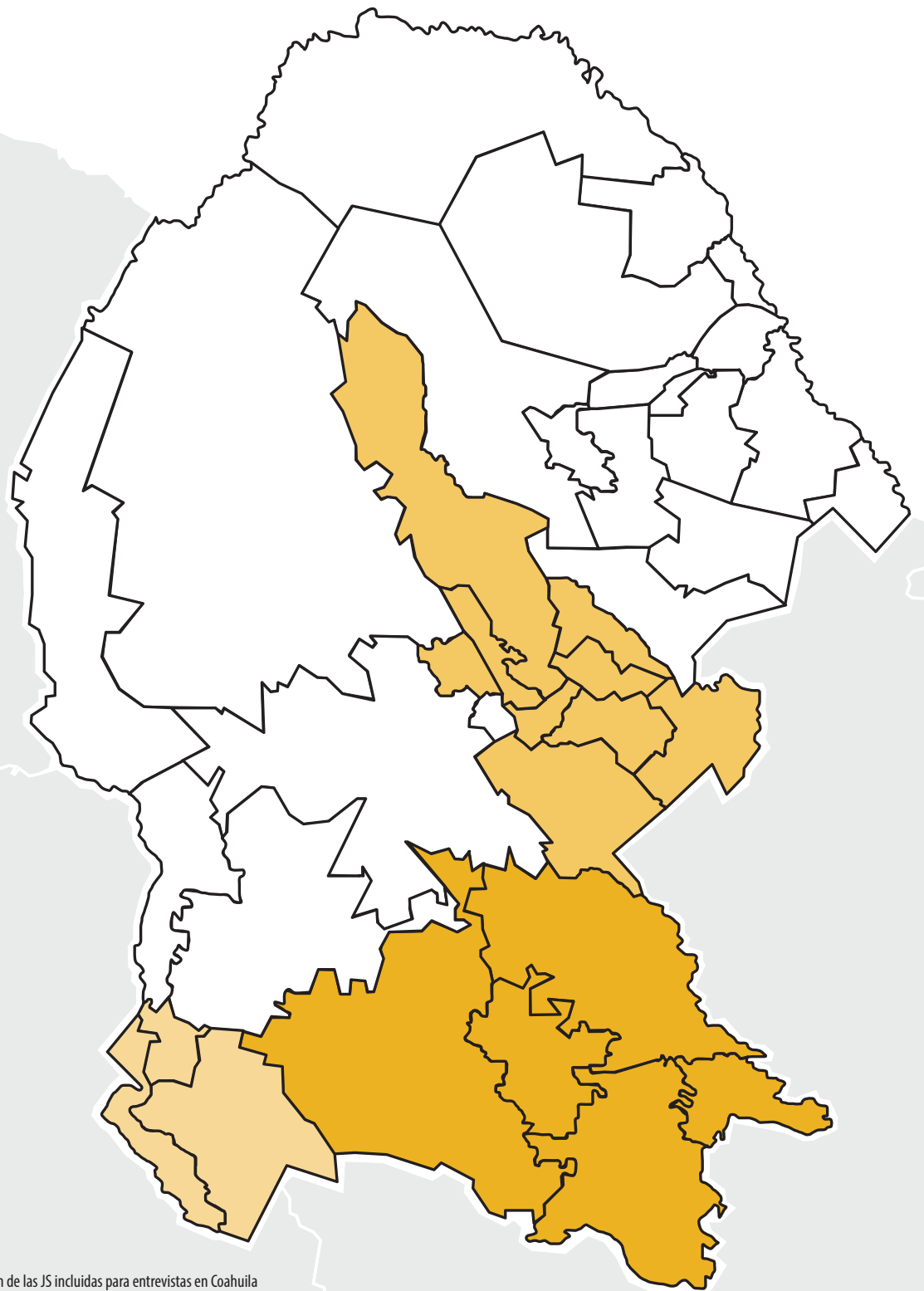
Otra opinión complementaria sobre este punto es dar continuidad a la Estrategia APS para Covid-19 con el fin de prever futuras pandemias, que se ponga en marcha una iniciativa que vincule estrechamente a la comunidad con el sector salud, que ya esté sistematizada, que “no nos agarre con los dedos en la puerta” (entrevistado, Programa de Enfermedades Crónicas)

# Coahuila

**S**e encuentra ubicado al noreste de México. Es el tercer estado más extenso del país, con 151 563 km<sup>2</sup>. Al norte hace frontera con Estados Unidos, al este con Nuevo León, al sur con Zacatecas y San Luis Potosí, y al oeste con Durango y Chihuahua. El Censo de Población y Vivienda 2020 reportó 3 146 771 habitantes, de los cuales 50.3% son mujeres y 49.7 hombres.

Los Sesa de Coahuila administran el sistema estatal de salud por medio de ocho JS: Acuña, Cuatro Ciénegas, Francisco I. Madero, Monclova, Piedras Negras, Sabinas, Saltillo y Torreón. En la presente evaluación se incluyeron cuatro JS para el análisis cuantitativo (Sabinas, Monclova, Saltillo y Torreón) y las tres últimas se seleccionaron para las entrevistas (mapa 2).





• Mapa 2. Ubicación de las JS incluidas para entrevistas en Coahuila

- Jurisdicción 04 Monclova
- Jurisdicción 06 Torreón
- Jurisdicción 08 Saltillo

## Estructura y Organización

*Distribución de unidades totales y unidades participantes con acciones contra la Covid-19 por jurisdicción y año.* Para los periodos de 2020 y de enero a julio 2021, la entidad contó con el mismo número de unidades: 99 unidades de salud en total distribuidas en las cuatro JS (Sabinas, Monclova, Torreón y Saltillo). Más de la mitad se encontraban en Torreón y Saltillo. De estas unidades, 20% participaron con acciones para atender la pandemia por Covid-19, con un número variable de consultorios participantes por unidad (cuadro II).

• Cuadro II. Distribución de unidades totales y unidades participantes con acciones contra la Covid-19 por jurisdicción y año.\* Coahuila

Infraestructura	Sabinas (III)		Monclova (IV)		Torreón (VI)		Saltillo (VIII)		Total	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
	n	n	n	n	n	n	n	n	N	N
Unidades totales en cada JS	14	14	21	21	30	30	34	34	99	99
Unidades de cada JS con acciones contra Covid-19	7	6	2	2	10	8	6	6	25	22

\* 2021 incluye hasta el 31 de julio

*Distribución del personal de salud según tipo de organización, nivel de pertenencia y perfil por jurisdicción y año.* Para el periodo 2020 y 2021 no se reportaron cambios en la distribución del personal. A nivel jurisdiccional, se contó con 87 equipos de salud. De ellos, 50% se encuentra en la JS Saltillo y se contó con dos brigadas comunitarias, Sabinas y Torreón (cuadro III).

De un total de 677 trabajadores de la salud participantes en unidades con acciones contra el Covid-19 en las cuatro JS estudiadas, predominó el personal de enfermería (249), seguido de otro tipo de profesional (241), personal médico (172) y, por último, promotores de salud (15).

• Cuadro III. Distribución del personal de salud según tipo de organización, nivel de pertenencia y perfil por jurisdicción y año.\* Coahuila

	Sabinas (III)		Monclova (IV)		Torreón (VI)		Saltillo (VIII)		Total	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
	n	n	n	n	n	n	n	n	N	N
<b>Jurisdiccional</b>										
Equipos de salud/Brigadas	13	13	19	19	9	9	46	46	87	87
<b>Comunitario</b>										
Brigadas comunitarias	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0
<b>Distribución del personal de salud según perfil profesional</b>										
Promotores de salud	2	1	1	2	6	4	6	6	15	13
Personal de salud por unidad (médicos)	48	46	7	7	36	35	81	81	172	169
Personal de salud por unidad (enfermería)	80	84	6	6	38	33	125	130	249	253
Personal de salud por unidad (otro)	56	56	2	2	31	29	152	157	241	244

\* 2021 incluye hasta el 31 de julio

Existencia de plan de trabajo y organización de acciones realizadas por nivel. A nivel estatal, se reportó la existencia de un plan de trabajo con acciones principalmente de coordinación, supervisión y monitorización, todas realizadas diariamente (cuadro IV).

• Cuadro IV. Existencia de plan de trabajo y organización de acciones realizadas por nivel. Coahuila

<b>Plan de Trabajo</b>	
Estatal	Sí
<b>Acciones realizadas a nivel</b>	
Coordinación	Sí
Supervisión	Sí
Monitorización	Sí
Registro de actividades especiales	Sí
<b>Frecuencia de acciones realizadas</b>	
Coordinación	Diario
Supervisión	Diario
Monitorización	Diario
Registro de actividades especiales	Diario
<b>Existencia de registros de acciones realizadas</b>	<b>Sí</b>

*Documentos y sistemas/fuentes de información.* El estado certificó el uso de 31 documentos: 17 de nivel federal, cinco a nivel estatal, cuatro de la OPS y cinco de otros organismos que no se especifican. Destaca la *Estrategia de Promoción de la Salud, Prevención, Atención y Mitigación de la Covid-19* y el *Flujograma de atención médica para Covid-19 en el primer nivel de atención*.

Respecto a los sistemas/fuentes de información, se mencionó el uso de ocho referentes: dos de nivel federal, dos de nivel estatal, tres a nivel jurisdiccional y una de otra categoría. Es importante destacar la plataforma Sisver, el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) y el Sistema de Información en Crónicos.

*Distribución de unidades de salud según tipología por jurisdicción.* Se contó con un total de 101 unidades para las cuatro JS participantes, distribuidas en cinco tipologías principales: Unidades Rurales, Unidades Móviles, Unidades Urbanas, Casa de Salud y CS con hospitalización. La mayoría de las unidades son del tipo urbano con un núcleo básico (cuadro V).

• Cuadro V. Distribución de unidades de salud según tipología por jurisdicción. Coahuila, 2020

Tipología	Sabinas (III)		Monclova (IV)		Torreón (VI)		Saltillo (VIII)		Estatal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Casa de salud	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.6)	1	(1.0)
Centro de salud con hospitalización	1	(7.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(5.3)	3	(3.0)
Rural	4	(30.8)	5	(23.8)	10	(34.4)	16	(42.1)	35	(34.7)
01 Núcleo básico	3	(75.0)	5	(100.0)	9	(90.0)	14	(87.5)	31	(88.6)
02 Núcleos básicos	1	(25.0)	0	(0.0)	1	(10.0)	2	(12.5)	4	(11.4)
Unidad móvil	1	(7.7)	1	(4.8)	2	(6.9)	10	(26.3)	14	(13.9)
Urbano	7	(53.9)	15	(71.5)	17	(58.5)	9	(23.7)	48	(47.5)
01 Núcleos básicos	6	(85.7)	6	(40.0)	12	(70.6)	1	(11.1)	25	(52.1)
02 Núcleos básicos	0	(0.0)	8	(53.3)	3	(17.6)	2	(22.2)	13	(27.1)
03 Núcleos básicos	0	(0.0)	1	(6.7)	0	(0.0)	3	(33.3)	4	(8.3)
05 Núcleos básicos	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(5.9)	0	(0.0)	1	(2.1)
06 Núcleos básicos	1	(14.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(22.2)	3	(6.3)
09 Núcleos básicos	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(11.1)	1	(2.1)
12 Núcleos básicos y más	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(5.9)	0	(0.0)	1	(2.1)
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>(100.0)</b>	<b>21</b>	<b>(100.0)</b>	<b>29</b>	<b>(100.0)</b>	<b>38</b>	<b>(100.0)</b>	<b>101</b>	<b>(100.0)</b>

Porcentajes en relación con el total por jurisdicción

Se tomaron en cuenta únicamente los CS en operación pertenecientes a los Sesa, aunque se excluyeron las unidades de especialidades médicas (Uneme) CS con Clues CLSSA000214 está identificado como "RURAL DE 1 NÚCLEO BÁSICO", y a su vez se reconoce como un estrato URBANO

Fuente: Información obtenida del Catálogo Clave Única de Establecimientos de Salud (Clues), de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), octubre de 2020

## Indicadores

Desde el inicio de la pandemia de Covid-19 y hasta el mes de julio 2021, las JS reportaron que el total de consultorios de las Unidades de Salud estuvieron destinados para la atención a la Covid-19 y se capacitó a 100% del personal médico, de enfermería y promotores de salud. Respecto a la ocupación hospitalaria, los cambios más importantes se observaron en la JS Torreón: de casi 60% durante 2020, a 13.1% en 2021.

En el 2020, las JS de Torreón y Saltillo estuvieron rebasadas en la razón paciente Covid-19/médico general (125.7 y 80.8%, respectivamente), mientras que Sabinas y Coahuila estuvieron por debajo de 30%. Para 2021, hubo un descenso a 40% o menos, a excepción de Monclova, que aumentó casi al doble.

La tasa bruta de registros de Covid-19 llegó a 25 casos por cada 1 000 habitantes; la mayor observada en 2020 en la JS de Sabinas, y la más baja en Saltillo. Para 2021, la tasa disminuyó en las JS con reporte entre 6 y 7%. En la JS Torreón disminuyó 17 puntos porcentuales (pp) (de 17.9 a 0.9%).

Tanto en 2020 como en 2021 se registró una proporción muy baja de pruebas Covid-19 entre usuarios de las JS. En Saltillo llegó, incluso, a menos de 0.5%. Los indicadores del porcentaje de personas usuarias con solicitud de prueba de Covid-19, y el porcentaje de personas usuarias con asesoría referente al proceso de atención y cuidados preventivos de la Covid-19, fue bajo en las cuatro JS. El seguimiento de casos positivos de Covid-19 fue menor a 50% en 2020 y se redujo a casi una tercera parte durante 2021.

La tasa de letalidad por cada 1 000 casos de Covid-19 por JS, ubica a la JS Monclova con la más alta. Entre 2020 y 2021 no hubo cambios en Monclova y Saltillo, pero en las JS Sabinas y Torreón se duplicó y cuadruplicó, respectivamente. La tasa de mortalidad por Covid-19 se reportó con menos de 2% en 2020 y se redujo a menos de 1% en 2021, datos mostrados en el cuadro VI.

### Fuentes de información utilizadas por el estado

Coahuila utilizó datos de recursos humanos a partir del Sinerhías, el más utilizado para los reportes de personal e infraestructura. Otra fuente de información es la plataforma del Sisver, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Sinave), que recupera los casos de Covid-19 y los registros de mortalidad, morbilidad y atención, y pruebas de Covid-19. Respecto a sistemas de información propios del estado, se identificó la plataforma Ambiente para la Administración y Manejo de Atenciones en Salud (Aamates), como complemento de los datos de las camas disponibles y la ocupación hospitalaria, así como a la base de datos abiertos de la DGE.

• Cuadro VI. Indicadores Covid-19. Coahuila, 2020 y 2021\*

Indicador	Coahuila								
	Sabinas (III)		Monclova (IV)		Torreón (VI)		Saltillo (VIII)		
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	
1	Porcentaje de consultorios en atención a Covid-19	100	100	100	100	100	100	100	100
2	Porcentaje de personal médico capacitado para atención a Covid-19	100	100	100	100	100	100	100	100
3	Porcentaje de personal de enfermería capacitado para atención a Covid-19	100	100	100	100	100	100	100	100
4	Porcentaje de personal promotor de salud capacitado para Covid-19	100	100	100	100	100	100	100	100
5	Porcentaje de ocupación hospitalaria por Covid-19	46.0	15.1	22.6	14.2	57.5	13.1	50.5	17.5
6	Razón pacientes Covid-19 por médico general	30.1	13.4	15.7	28.8	125.7	40.7	80.8	35.9
7	Razón pacientes Covid-19 por médico especialista	23.3	-	7.6	-	37.9	-	34.3	-
8	Tasa bruta de casos Covid-19	25.64	6.4	19.4	6.3	17.9	0.9	11.1	7.1
9	Porcentaje pruebas en usuarios Covid-19	4.94	3.8	3.17	3.3	3.5	2.4	2.6	0.4
10	Tasa de letalidad por Covid-19	60	131	133	139	90	397	110	97
11	Tasa de mortalidad Covid-19	1.6	0.8	1.9	0.9	1.6	0.4	1.2	0.7
12	Porcentaje de casos Covid-19 en seguimiento	47.8	23.5	52.7	29.6	44.2	22.4	37.7	28.4
13	Porcentaje de personas usuarias con solicitud de prueba Covid-19	0.1	0.0	0.0	2.7	0.0	2.3	0.0	3.4
14	Porcentaje de personas usuarias con asesoría (explicación de proceso de atención y cuidados preventivos)	0.1	0.0	0.0	0.4	-	0.1	0.0	0.0
15	Porcentaje de personas con enfermedades crónicas no transmisibles					2.9		6.7	
16	Porcentaje de personas con alto riesgo para Covid-19	-	-	-	-	-	-	-	-
17	Porcentaje de embarazadas sospechosas que resultaron positivas a Covid-19	-	-	-	-	-	-	-	-
18	Porcentaje de personas usuarias con signos de alarma	-	-	-	-	-	-	-	-
19	Porcentaje de personas usuarias con Covid-19 referidas	-	-	-	-	-	-	0.1	-
20	Porcentaje de personas con verificación de esquema de vacunas actualizado	-	-	-	-	-	-	-	-

\* 2021 incluye hasta el 31 de julio. Indicadores calculados con información proporcionada por el estado  
 Los espacios con guion (-) significan que los datos no fueron reportados  
 Las tasas se calcularon por 1 000 habitantes  
 Fuente: Datos del Sinerhías, del Sisver y del Conapo

Para la obtención de la información cualitativa el estado de Coahuila, se entrevistó en total a 20 actores clave. Los entrevistados corresponden a los diferentes niveles de la estructura jerárquica jurisdiccional, a personal médico, de enfermería y promotores sanitarios de los diversos CS (cuadro VII).

• Cuadro VII. Número de actores entrevistados por nivel jerárquico y tipo de personal. Coahuila

Nivel	Total de entrevistas por nivel	Tipo de personal
Nivel estatal de planeación y encargos en jurisdicciones sanitarias	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Director jurisdiccional</li> <li>• Encargos de nivel jurisdiccional</li> </ul>
CS	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal médico (7)</li> <li>• Personal de enfermería (1)</li> <li>• Promotores (1)</li> </ul>
Otros	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable Área de Epidemiología</li> <li>• Enfermera Hospital Integral Matamoros</li> </ul>
<b>Total</b>	<b>20</b>	

Para documentar la perspectiva de los actores desde los servicios de salud, la información que a continuación se describe proviene de 20 entrevistas realizadas: nueve a nivel directivo de las JS, nueve a personal médico, de enfermería y promotores y dos más a diversos actores.

Resulta destacable la participación de los directivos de nivel estatal, quienes proporcionaron información sobre la organización general de la Estrategia APS para Covid-19 a implementarse de acuerdo con sus posibilidades de recursos humanos y de infraestructura. En este sentido, Coahuila se encuentra en etapa de capacitación a las jefaturas jurisdiccionales y a los responsables del área de promoción de la salud respectivos, para que organicen en los CS de manera adecuada la Estrategia propuesta desde nivel federal. Esto, aprovechando los recursos humanos con los que cuentan y considerando su experiencia en el trabajo comunitario.

## Respuesta a la pandemia: Organización general

Se reorganizó la coordinación intra e intersectorial por medio de los comités estatales de seguridad en salud y los comités jurisdiccionales de seguridad en salud. El Gobierno del estado regionalizó y formó subcomités para la participación de los municipios y de instituciones que apoyaron las acciones sanitarias: universidades y otras instancias de voluntariado. Por ejemplo, en Monclova, ciudad donde se encuentra la empresa Altos Hornos de México y diversas maquiladoras, participaron representantes de la Cámara de Comercio para saber cómo manejar el problema. A nivel estatal se distribuyeron lineamientos para la atención médica y se elaboraron manuales. Se adquirió material y equipos de protección. Las pruebas de laboratorio también se coordinaron con el área de Regulación Sanitaria.

En municipios como Matamoros, también se hicieron adecuaciones locales. Por ejemplo, se adaptó un laboratorio en apoyo al triaje para la toma de muestras de PCR, y se actualizó la información en la plataforma a medida que se obtenían resultados.

Se decretaron medidas, desde básicas a restrictivas, como cierre de comercios no esenciales, prohibición de reuniones o fiestas, uso obligatorio de cubrebocas, empleo de gel antibacterial y caretas, entre otras. Se aplicó la "sana distancia" en los ambientes laborales y se hizo obligatorio se-

guir las medidas. Adicionalmente, se colocaron filtros en las entradas de los edificios para detectar a personal portador de síntomas.

En los hospitales que identificaban y atendían casos Covid-19, como el Hospital Integral Matamoros, el área de epidemiología fue la responsable de tomar las muestras y hacer el seguimiento de los casos. Si se trataba de un caso complicado, se refería al Hospital General Saltillo.

El espacio que ocupaban las Uneme se destinó para hacer el triaje respiratorio. Se valoraba a los pacientes sospechosos de Covid-19 y en caso de requerir prueba de PCR, se tomaban sus datos personales y se les citaba. No funcionó el triaje en todos los turnos porque no había personal suficiente.

Para continuar con la atención, cada encargado de programa hizo llegar la información a cada JS y CS.

Respecto a la comunicación social, a nivel estatal se coordinaron para dar dos informes diarios de la situación de la pandemia: en la mañana y en la tarde. En la actualidad sólo se emite un informe diario a las 12:00 h. En JS como Monclova, también se proporciona información diaria a la prensa para facilitar su difusión entre la población.

En el momento que se realizó el relevamiento de la información, se estaba iniciando la vacunación contra el Covid-19, en coordinación con el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (Censia) y con la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena).

### Infraestructura. Adecuaciones realizadas ante la pandemia

Hubo reconversión de hospitales Covid-19 para que el resto de las unidades se dedicara a la atención de las patologías quirúrgicas, de ginecología, de medicina interna, de pediatría y para tratar de mitigar el colapso hospitalario. Además, se buscó garantizar el abasto de insumos, de medicamentos, de reactivos de laboratorio, de equipo médico, de sensores de oxígeno y de ventiladores. Se instalaron cuatro laboratorios regionales de biología molecular. A nivel estatal, se estableció un sistema de información para enfermedades respiratorias agudas.

Las JS operaron prácticamente igual, pero también se hicieron adecuaciones locales para atender casos Covid-19. Por ejemplo, en Monclova el municipio otorgó teléfonos y abrió líneas para atender desde un *call center*, dar seguimiento a los casos e identificar contactos tanto en zonas urbanas como rurales; se programaban citas para tomar muestras y según la situación, acudían al domicilio del paciente o se le citaba para la toma en alguno de los tres lugares destinados a los que podían acudir. La Estrategia APS para Covid-19 funcionó bien, y en este municipio tuvieron pocos casos que necesitaron hospitalización. De ser esta la situación, se canalizaba al IMSS de Monclova, designado hospital Covid-19, el cual atendió a toda la población, aunque no fueran derechohabientes.

Para continuar con la atención a los pacientes cardiometabólicos que asistían a grupos de ayuda mutua, se coordinó el seguimiento vía telefónica. A nivel jurisdiccional, se apoyó con la realización de llamadas, se pidió a los familiares que se presentaran en el CS para la entrega de medicamentos y si se trataba de personas de escasos recursos, se acudía al domicilio a dejarles las medicinas. El área de nutrición y activación física realizó adecuaciones y se les informó para que siguieran el tratamiento en casa. Asimismo, en los CS:

“Se procuraba que no entraran a la sala de espera, se les checaba la temperatura y se le ponía gel a la entrada, [se pedía que usaran] el tapete sanitizante, los iban dejando entrar de dos en dos, les preguntaban quién iba a vacunas, quién iba a consultas y los iban distribuyendo de tal manera que no se amontonara la gente y que guardaran sana distancia” (personal médico).

### **Capacitación y enseñanza**

Ha sido permanente a medida que se han emitido lineamientos y actualizado la información. Algunos cursos se organizaron desde el nivel central de los servicios de salud; en otros casos, se promovió que el personal tomara la capacitación que el IMSS ofreció de manera abierta.

La capacitación incluyó hasta los promotores y se estableció una vez a la semana mediante videoconferencia. Se abordaron temas sobre Covid-19 y las enfermedades más frecuentes. Los promotores, a su vez, replicaron la enseñanza con la población que asistía a los CS. Esto ocurrió antes de los primeros decesos; después, la mayoría de la atención se dio vía telefónica.

A nivel local, se desarrollaron estrategias propias de capacitación sobre Covid-19 de acuerdo con las necesidades. Por ejemplo, en Matamoros, se capacitó al personal del hospital, de protección civil, de la Cruz Roja, a los bomberos y a los trabajadores de la presidencia municipal:

*“Se capacitó en lo que era el Covid-19, la historia, signos y síntomas; el uso del equipo de protección personal, el lavado de manos, cómo se debe manejar un paciente Covid-19, la utilización correcta del equipo de protección personal” (personal médico).*

### **Recursos humanos**

El personal que tenía factores de riesgo se fue de resguardo: quienes padecían diabetes y estaban controlados; con hipertensión arterial; y de edad avanzada. Esto por decretos de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS). Cada mes se revisaban y el personal comenzó a regresar de manera escalonada. Una parte de este personal apoyó las actividades del *call center*. Se contrató personal para atender los laboratorios: médicos y enfermeras que estaban en la atención directa a pacientes Covid-19 y en las áreas de triaje. Sin embargo, los CS no contaron con personal de apoyo, aunque tuvieran personal en resguardo.

Debido a la pandemia no se aceptó la participación de estudiantes de medicina y de enfermería. Esta situación, aunada al personal que se mantuvo en resguardo, afectó la carga de trabajo del personal médico que se quedó a atender la emergencia sanitaria.

Al inicio de la pandemia, en la jurisdicción de Monclova enfrentaron el cierre del área de atención a los pacientes cardiometabólicos de la Uneme porque el personal médico se contagió. Esto representó un desafío para continuar con la atención a los pacientes sin exponer al personal. Se contrataron aproximadamente 10 recursos humanos para atender casos en el hospital, apoyar en el laboratorio y al equipo de epidemiología. En los Sesa se otorgó equipo de protección a los trabajadores y desinfectantes. Se les pidió continuar con la consulta y debieron reorganizarla; sin embargo, se enfrentaron a poca demanda debido a que, por miedo a contagiarse, la población no acudía. En esta jurisdicción:

*“Hubo casos positivos en casi todos los CS, algunos se cerraron entre dos semanas y un mes para evitar más contagios” (personal médico).*

### **Acciones realizadas para implementar la Estrategia APS para Covid-19**

Respecto al conocimiento de la Estrategia APS para Covid-19, recientemente se empezó a transmitir a los jefes jurisdiccionales para acordar la forma de implementarla.

### **Acciones comunitarias**

Al inicio de la pandemia, se presentaron dificultades para que la población atendiera las medidas. La mayoría del personal que está en contacto con la población (enfermería, promotores) coinci-



dió en la “renuencia de la población” a utilizar cubrebocas y al aseo de manos. Había desinformación y no se creía en las consecuencias fatales que podría traerles la enfermedad:

“Opinaban que era una cuestión política, que se quería dañar a los comercios; ahora ya se convencieron de que es una enfermedad real” (promotora de salud).

Esta percepción se reforzaba por los casos de personas conocidas que se contagiaban, pero se restablecían. Empezó a presentarse una mayor conciencia del riesgo cuando ocurrieron los primeros decesos. Con el paso de los meses, las medidas preventivas tomaron mayor arraigo y, a la fecha, la población usa cubrebocas para entrar al CS, ya está normalizado. Esta aceptación de las medidas es un buen punto de partida para seguir con la Estrategia APS para Covid-19.

En las JS se han hecho ajustes de acuerdo con sus necesidades. Por ejemplo, en Torreón a los pacientes que no pueden salir de su domicilio a tomarse la muestra porque presentan complicaciones, se acude a su domicilio. Se elige a un integrante de la familia como contacto y se le da seguimiento.

En los CS el personal que realiza actividades de promoción juega un papel muy activo. En las salas de espera organizan pláticas informativas sobre protección de contagio, realizan periódicos murales, reparten volantes entre la comunidad, hacen perifoneo calle por calle, pintaron muros y cuando hubo necesidad, buscaron pacientes en sus domicilios. También usaron cuentas en redes sociales para promover mensajes de salud, se incorporó incluso a los choferes de camiones de basura para que hicieran perifoneo con mensajes de prevención. Al inicio de la pandemia todavía no se cerraban las escuelas. A una de las promotoras entrevistadas le tocó acudir a escuelas primarias y de preescolar a transmitir las medidas de prevención; se difundieron folletos que les proporcionaron a nivel estatal. Sin embargo, lograr la participación de la población es un reto. Una de las promotoras de Monclova entrevistada comentó lo siguiente:

“Cambiar los hábitos y la cultura de la gente es difícil... después de las pláticas dicen que sí, pero en la práctica no siguen las recomendaciones” (promotora de salud).

### *En el CS*

Para la referencia de casos y continuidad de la atención, ocurrió que los pacientes con síntomas sospechosos fueron referidos al área de triaje. El personal médico que valora el caso es quien hace la referencia, se comenta el caso con el director del CS para dar la instrucción de traslado en ambulancia, se prepara la cápsula y se canaliza al Hospital General Saltillo. Una vez que se traslada se desinfecta la ambulancia; el chofer y el ayudante usan equipo de protección personal (EPP):

“Se les habla a los pacientes que salen positivos. Les comentan sobre las indicaciones, las instrucciones, el manejo, los signos de alarma, la labor de la familia, el manejo del paciente enfermo y se les indica adónde puedan acudir ante un caso de urgencia” (personal médico hospitalario).

Se orienta a la familia de cómo proceder con los cuidados, se les capacita con relación a los signos de alarma, el resguardo y las medidas generales que deben adoptar para evitar más contagios dentro del hogar. Sin embargo, una de las entrevistadas, epidemióloga de un hospital, destacó la necesidad de contar con más personal de promoción de la salud para apoyar con información a los familiares sobre los cuidados del enfermo dentro del hogar.

### *Seguimiento de programas prioritarios*

Para dar continuidad a la atención de pacientes, se prepararon las unidades de salud tanto de primero como de segundo nivel, y hubo reconversión hospitalaria para recibir a enfermos que

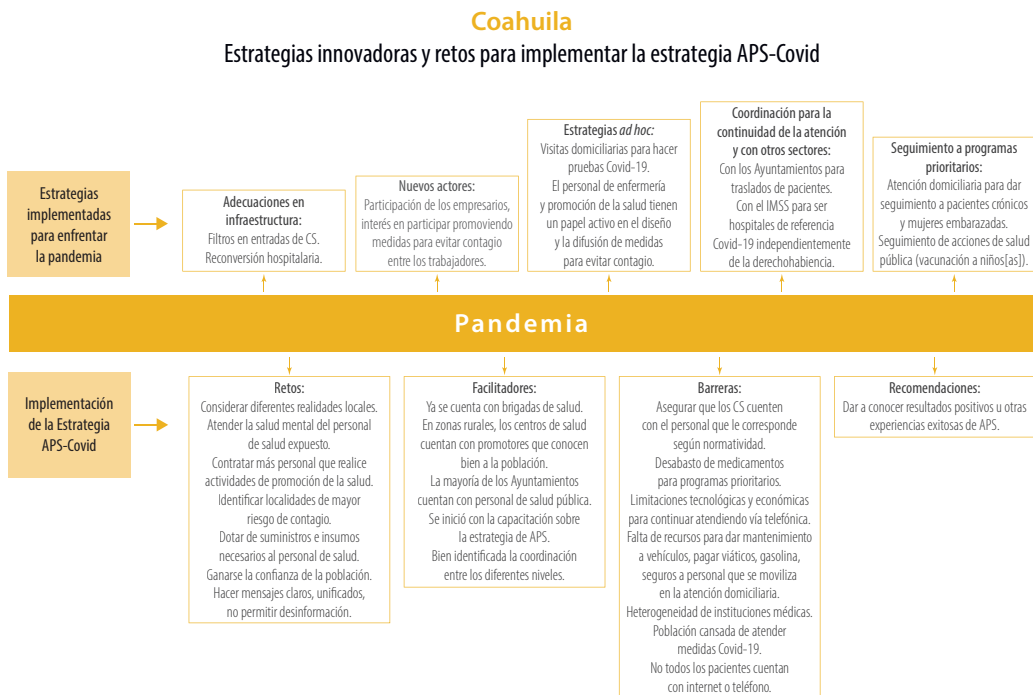
presentaban complicaciones, de acuerdo con las redes previamente establecidas. Con relación al control de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), se continuó el trabajo en forma escalonada y se atendió a los pacientes mediante videollamada. Se les citaba exclusivamente para surtirles medicamentos; con esta medida se disminuyó la afluencia en las unidades de salud. El componente de vacunación se siguió trabajando. Se desarrollaron las dos jornadas nacionales de salud pública en la que se atendió exclusivamente el componente de vacunación y atención a mujeres embarazadas.

Debido a que un porcentaje importante de personal de salud se fue de resguardo, en algunos municipios se pospusieron algunos aspectos del seguimiento a los programas prioritarios, como el de enfermos crónicos y mujeres embarazadas. Una de las entrevistadas, que labora en un hospital, consideró que existe riesgo de descontrol en algunos casos.

Otro entrevistado del personal médico en un CS señaló que los programas prioritarios: *“Siguieron funcionando igual, pero los promotores de salud hicieron más énfasis. Vino el periodo de transmisión del dengue. Estuvieron trabajando mucho en eso, tanto en el programa de vectores como el de promoción, casa por casa y en las colonias para prevenir estas dos pandemias. Y también durante el periodo de influenza, promoviendo la vacunación”* (personal médico de un CS).

La promoción de la salud continuó con la difusión de medidas preventivas en redes sociales, en medios de comunicación y con comunicación social.

• Esquema 1.



### **Coordinación con otros sectores**

En Monclova, los servicios de salud se coordinaron con las presidencias municipales para incorporar a otros sectores en las acciones. Por ejemplo, se utilizaron las instalaciones de la Universidad de Monclova para impartir cursos de capacitación e instalar el *call center*.

## **Sistemas de información utilizados**

Los entrevistados reportaron que, a nivel estatal, se establecieron sistemas de información y se utilizó el de información de enfermedades respiratorias agudas.

A nivel local, en las JS se hicieron también adecuaciones. Por ejemplo, en Torreón se elaboró un formato para registrar el número de personas atendidas, a cuántas dieron seguimiento, las recomendaciones hechas y los medicamentos otorgados, entre otros aspectos. Esto ayudó a conocer el estado de los insumos y lo que se necesitaba.

## **Retos identificados y recomendaciones de los entrevistados para implementar la Estrategia APS para Covid-19**

Personal de la OPS presentó, en octubre de 2020, la Estrategia APS para Covid-19 en el estado de Coahuila. Empezaron con la capacitación a los epidemiólogos de la jurisdicción en el manejo de *Go Data*. Inicialmente, se priorizaron tres JS consideradas por densidad poblacional: Saltillo, Torreón y Monclova; posteriormente, se incluyó a Sabinas. Al mismo tiempo, se trabajaba con la iniciativa *Hearts* para atender la salud del adulto mayor en padecimientos como diabetes y enfermedades cardiometabólicas. En las JS seleccionadas sólo se implementará la Estrategia APS para Covid-19 en CS urbanos y periurbanos:

“No es una estrategia nueva, es una estrategia ya conocida de APS que es la base en salud pública para llevar a cabo acciones de mitigación y de control de los padecimientos” (personal médico con encargo estatal).

Se debe considerar la realidad local en la implementación de la Estrategia APS para Covid-19. Por ejemplo, en Monclova se tiene la experiencia de que la actividad económica está vinculada a la actividad empresarial de maquiladoras. Un miembro del personal médico de CS recordó que aproximadamente por el mes de julio de 2020, las personas ya no se quedaron en casa y empezaron a salir:

“Las personas están normalizando esto; ya no tienen tanto miedo, están hartas de esta situación, ya no siguen las medidas de precaución. Ya a la mitad de la población no le importa si se contagia o no, si lo hospitalizan o no; ya lo ven como parte de la vida, ya no pueden estar más tiempo encerrados y se salen... ya no se cuidan igual” (personal médico de un CS).

Otra entrevistada consideró que, debido al intenso estrés sufrido por la población, se incrementó la demanda de consulta de atención a la salud mental, aumentaron los intentos de suicidio, los trastornos de ansiedad y la violencia intrafamiliar.

Esta situación no fue privativa de la población. El personal de salud también se vio afectado en su salud mental. Dado que este es un punto importante en la propuesta de APS, otra entrevistada comentó que existen cursos sobre las principales patologías de salud mental. Consideró

que el personal ya capacitado en estos temas podría replicarlo con otros colegas. Por ejemplo, en Torreón se cuenta con un centro de atención a salud mental.

Un entrevistado con encargo a nivel estatal recomendó que se den a conocer resultados positivos o experiencias exitosas en otras entidades o fuera de México basadas en APS, para que se tomen como ejemplo.

Un tema recurrente que fue mencionado por todos los entrevistados miembros del personal médico de CS es la necesidad de contar con más personal que realice promoción de la salud. La Estrategia APS para Covid-19 no podría funcionar tal como se plantea si no se contrata un número mayor de personal. Coincidieron al opinar que, durante la época del trabajo de prevención de contagio por vectores, se contrata personal brigadista. Comentaron que algo así se puede hacer para la Estrategia APS para Covid-19:

*“Si nosotros descargamos esta responsabilidad [de participar en las brigadas] en el núcleo básico, con los que actualmente cuentan los CS, ellos me van a decir en qué momento lo van a hacer, si después de la consulta, si antes de la consulta o durante la consulta” (personal médico de un CS).*

Un reto será identificar las localidades donde haya mayor riesgo de contagio, e implementar ahí la Estrategia APS para Covid-19, así como dotar de los suministros e insumos necesarios al personal para desarrollar sus labores.

Otro será ganarse la confianza de la población: tienen miedo de acudir a los CS, sobre todo los pacientes crónicos. Esto es por la desinformación que se generó, consideran que, si van a demandar consulta, sobre todo si tienen síntomas Covid-19, los llevarán al hospital y ya no los dejarán salir. Creen que “ya vas para morirte”. En este sentido, una de las promotoras de un CS rural comentó que lo más difícil fue: “que la gente nos abriera su puerta”.

Otro reto es hacer llegar mensajes claros, unificados, no permitir que haya líderes de opinión que recomienden “productos milagro” porque confunden a la población. La desinformación se debe combatir. Hay recomendaciones para los enfermos de Covid-19 que proponen atenderse mejor en casa usando diversos remedios: aspirina con limón, té de jengibre con ajo, etcétera.

Según personal médico de CS, se necesita promoción constante para que la población no olvide las medidas:

*“Que todas las autoridades, tanto a nivel federal, estatal y municipal; todos estuvieran en el mismo canal dando los mismos mensajes para que la población no se confunda y elija la opción que más les conviene: usar o no cubrebocas, salirse o no... que todos se pusieran en la misma estrategia e idea” (personal médico de un CS).*

Ya en el trabajo cotidiano de los CS, se comentó que cuando hizo falta material de protección lo adquirieron con sus propios recursos, sobre todo mascarillas de mayor protección por el temor al contagio.

## **Barreras y facilitadores referidos para la implementación de acciones**

### ***Barreras***

- Hay personal de resguardo que no fue sustituido, y la plantilla de personal de salud no es suficiente para atender casos Covid-19 y continuar, además, con la atención de pacientes de programas prioritarios.

- En los momentos de mayor impacto de la pandemia, hubo dificultades para abastecer medicamentos a pacientes con ECNT.
- Debido a la pandemia, los pacientes con ECNT se han descompensado, lo cual podría plantear un panorama complicado a futuro.
- Se presentan limitaciones tecnológicas y económicas para continuar con la atención vía telefónica a los pacientes. Con frecuencia, el personal de salud debe usar su teléfono personal para hacer el seguimiento.
- Hace falta apoyo para dar mantenimiento y comprar gasolina a los autos que utiliza el personal de promoción de salud y de las brigadas.
- El tipo de contrato: formalmente, los códigos para atención primaria no están en la plantilla de los CS. Asimismo, en ocasiones quienes realizan las actividades de promoción de la salud no cuentan con la preparación en APS.
- Se presenta heterogeneidad de instituciones médicas. Algunas, como los hospitales integrales, tienen doble función: brindan atención hospitalaria y, además, funcionan como CS, ya que llevan todos los programas prioritarios; sin embargo, no cuentan con promotores de salud. Para desarrollar la Estrategia APS para Covid-19 debe revisarse dónde y cómo se implementará para responder adecuadamente.
- No todos los pacientes cuentan con internet, ni con teléfonos inteligentes; no todos los adultos mayores tienen habilidades para usarlos.
- Migración interna: pacientes que acuden a demandar servicios de salud, pero ya no es posible darles seguimiento.
- La población está cansada, ya no quieren llevar a cabo las medidas de prevención. Para vacunarse existe resistencia, incluso entre personal de salud.
- La demanda de atención médica se redujo en los CS. Algunos entrevistados estiman que se redujo hasta en 50%. El miedo al contagio es una barrera.

### *Facilitadores*

- Ya se cuenta con brigadas de salud y la población está “acostumbrada” a verlos en las comunidades. Las que trabajan con prevención de vectores podrían apoyar la Estrategia APS para Covid-19.
- En zonas rurales, los CS cuentan con promotores que conocen bien a la población. El trabajo realizado es parecido a la propuesta de la brigada comunitaria del modelo APS. Es personal que podría apoyar en su implementación.
- La mayoría de los Ayuntamientos cuenta con personal de salud pública.
- Ya se inició con la capacitación sobre la Estrategia APS para Covid-19. Cuentan con los lineamientos; otros programas prioritarios pueden reforzarla.
- Referente a salud mental, se trabaja la metodología propuesta en la Guía mh-GAP, con capacitaciones a nivel estatal. El objetivo es llevarla a los CS.
- Se tiene bien identificada la coordinación entre los diferentes niveles. Cada departamento sabe sus responsabilidades y su coordinación hacia los CS.
- Todas las personas entrevistadas opinaron que la Estrategia APS para Covid-19 es positiva y con su implementación se lograrían avances para controlar la pandemia.
- Actualmente, la población sabe que “ya vamos a tener que vivir con esto, va a ser una forma de vida al tener que vivir diariamente con esta enfermedad” (promotora-CS-Monclova). Esto es algo que facilitará el trabajo mediante brigadas.

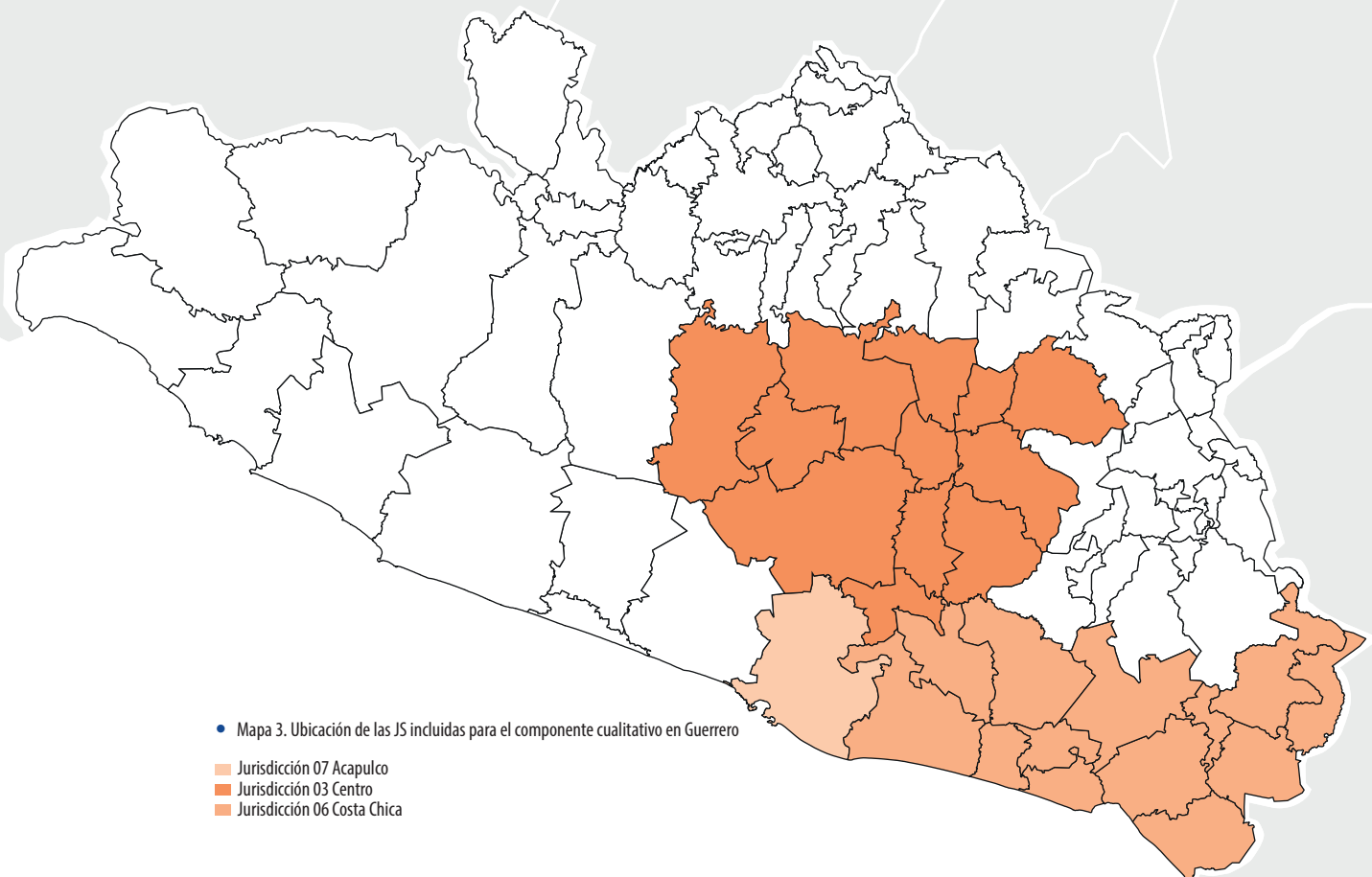


# Guerrero

Con una superficie de 64 281 km<sup>2</sup>, el estado de Guerrero está integrado por 81 municipios. De acuerdo con el Inegi (2021), en 2020 tenía una población de 3 540 685 habitantes.

El sistema estatal de salud está organizado en siete JS correspondientes a las regiones de la entidad (mapa 3): Acapulco, Centro, Costa Chica, Costa Grande, Montaña, Norte y Tierra Caliente. El primer nivel de atención incluye CS, hospitales básicos y comunitarios, así como unidades médicas móviles denominadas caravanas de la salud.

La información de sistematización y los indicadores se analizaron para todas las JS y el componente cualitativo se realizó en tres de las siete JS: Acapulco, Centro y Costa Chica. A continuación, una breve descripción de cada una de ellas.



• Mapa 3. Ubicación de las JS incluidas para el componente cualitativo en Guerrero

- Jurisdicción 07 Acapulco
- Jurisdicción 03 Centro
- Jurisdicción 06 Costa Chica

El municipio de Acapulco cuenta con una extensión territorial de 1 882.6 km<sup>2</sup>, que representa 2.95% de la superficie del estado de Guerrero. Tiene como límites al norte los municipios de Chilpancingo y Juan R. Escudero, al sur con el océano Pacífico, al este con el municipio de San Marcos y al oeste con el municipio de Coyuca de Benítez. La cabecera municipal es la ciudad y puerto de Acapulco de Juárez, ubicada a una distancia de 105 km de la capital del estado. Es la ciudad más poblada de Guerrero. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020 del Inegi, tenía una población total de 658 609 habitantes: 345 979 eran mujeres y 312. 630 hombres. La economía de Acapulco está representada principalmente por el sector de servicios (el cual concentra 72.9% de la población económicamente activa), siendo el turismo la actividad principal. La agricultura y la pesca también representan sectores importantes. Desde 2011, esta ciudad se ha convertido en una de las más violentas del mundo debido a las altas tasa de homicidios que presenta.

El municipio de Acapulco cuenta con instituciones públicas de salud, encontrando unidades de los servicios estatales de Guerrero y de la seguridad social, representadas principalmente por el IMSS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Tiene, además, clínicas, consultorios médicos y hospitales privados. La JS de Acapulco cuenta con 75 CS en los cuales se encuentran alrededor de 150 núcleos básicos conformados principalmente por médicos y enfermeras.

De acuerdo con el plan de descentralización de las dependencias federales del Gobierno actual, se trasladarán a la ciudad de Acapulco las oficinas centrales de la SS; sin embargo, se presentan retrasos y no existe una fecha definida para el traslado.

Respecto a la JS Centro, tiene como sede central la ciudad de Chilpancingo. Esta JS abarca 13 municipios. Según el Inegi (2020), en 2020 la población total de Chilpancingo de los Bravo era de 283 354 habitantes. En el nivel jurisdiccional se encuentran los responsables de los programas, la coordinación de atención médica, salud pública, prevención y control de enfermedades, epidemiología, planeación y administración. La atención a la salud se da en los hospitales generales, los hospitales básicos comunitarios y 182 CS (urbanos y rurales). Para brindar la atención, las unidades médicas del primer nivel (CS) están organizadas en núcleos básicos, los cuales cuentan con personal de medicina, enfermería y promoción de la salud, aunque hay unidades que carecen de este último. La atención, en los núcleos básicos, ocurre por medio de citas (población perteneciente a los programas prioritarios) y consultas. Algunos CS (unidades médicas) dan servicio en los turnos matutino y vespertino, otros sólo en el matutino.

En cuanto a la JS VI, está ubicada en la región conocida como Costa Chica. Posee 180 km sobre el Pacífico que comprende 15 municipios. La población indígena representa 27.3% del total de habitantes. La mayoría son mixtecos y amuzgos distribuidos en los municipios de Ayutla, San Luis Acatlán, Xochistlahuca, Tlacoachistlahuaca y Ometepec. En la franja costera la población afrodescendiente es numerosa, especialmente en los municipios de Marquelia, Cuajinicuilapa, Juchitán y Florencio Villarreal. Esta JS atiende a un total de 415 816 habitantes distribuidos en 15 municipios y 765 localidades, de las cuales 95% son rurales y 70% de ellos tienen menos de 500 habitantes. De los habitantes de esta zona, 91.8% no cuenta con seguridad social, de acuerdo con un estudio de Kinal Antzetik de 2013.

Esta JS cuenta con 637 CS en 15 municipios, la mayoría rurales; dos hospitales generales de segundo nivel (Ometepec y Ayutla de los Libres) y cuatro hospitales básicos comunitarios en primer nivel: San Luis Acatlán, Xochistlahuca, Copala y Cuajinicuilapa, según afirma Kinal Antzetik en el estudio citado.

En el componente cuantitativo, la entidad brindó información limitada a nivel estatal sólo para el año 2020 y no se contó con datos para la elaboración de los indicadores del estudio.



## Estructura y Organización

Distribución de unidades totales y unidades participantes con acciones contra la Covid-19 por jurisdicción y año. El estado contaba con 340 unidades de salud, la mayoría en la JS Centro (114 unidades); 100% de ellas participaban con acciones de la Estrategia APS para Covid-19 (cuadro VIII).

• Cuadro VIII. Distribución de unidades totales y unidades participantes con acciones contra la Covid-19 por jurisdicción. Guerrero, 2020

Infraestructura	Tierra Caliente (I)	Norte (II)	Centro (III)	Montaña (IV)	Costa Grande (V)	Costa Chica (VI)	Acapulco (VII)	Estatal
	n	n	n	n	n	n	n	N
Unidades totales en cada JS	18	14	114	10	56	80	48	340
Unidades de cada JS incluida con acciones para Covid-19	18	14	114	10	56	80	48	340

Distribución del personal de salud según tipo de organización, nivel de pertenencia y perfil por jurisdicción y año. Se reportó una suma total de 1 664 trabajadores de la salud en las siete JS. A nivel jurisdiccional y de CS, la entidad reportó más de 500 brigadas de salud o comunitarias respectivamente. En las JS de Centro y en la de Acapulco se concentró más de 50% de las brigadas comunitarias (cuadro IX).

• Cuadro IX. Distribución del personal de salud según tipo de organización, nivel de pertenencia y perfil por jurisdicción. Guerrero, 2020

	Tierra Caliente (I)	Norte (II)	Centro (III)	Montaña (IV)	Costa Grande (V)	Costa Chica (VI)	Acapulco (VII)	Estatal
	n	n	n	n	n	n	n	N
<b>Jurisdiccional</b>								
Equipos de salud/Brigadas	-	-	-	-	-	-	-	7
Brigadas de salud	-	-	-	-	-	-	-	521
<b>Centro de Salud</b>								
Equipos de salud	-	-	-	-	-	-	-	340
Brigadas de salud	-	-	-	-	-	-	-	521
<b>Comunitario</b>								
Brigadas comunitarias	32	30	188	11	56	80	124	528
<b>Distribución del personal de salud según perfil profesional</b>								
Promotores de salud	46	46	463	22	56	65	286	984
Personal de salud por unidad (médicos)	18	14	114	10	56	80	48	340
Personal de salud por unidad (enfermería)	18	14	114	10	56	80	48	340

Del personal dedicado a las acciones contra la Covid-19 predominaron los promotores de salud (984) y un número similar de médicos y enfermeras. En la JS Centro se reportaron más de 450 promotores y más de 100 médicos o enfermeras.

*Existencia de plan de trabajo y organización de acciones realizadas por nivel.* La entidad reportó que existen plan de trabajo y organización de las acciones en todos los niveles (cuadro X).

• Cuadro X. Existencia de plan de trabajo y organización de acciones realizadas por nivel. Guerrero

<b>Plan de Trabajo</b>	
Estatad	Sí
Jurisdiccional/Municipal	Sí
Jurisdiccional	Sí
Centro de Salud	Sí
Comunitario	Sí
<b>Acciones realizadas a nivel</b>	
Coordinación	Sí
Supervisión	Sí
Monitorización	Sí
Registro de actividades especiales	Sí
<b>Frecuencia de acciones realizadas</b>	
Coordinación	Sí
Supervisión	Sí
Monitorización	Sí
Registro de actividades especiales	Sí
<b>Existencia de registros de acciones realizadas</b>	<b>Sí</b>

*Documentos y sistemas/fuentes de información.* El estado documentó el uso de cinco documentos: cuatro de nivel federal y uno de la OPS. Destacó la *Estrategia de promoción de la salud, prevención, atención y mitigación de la Covid-19 en el marco de la APS*. Para las fuentes de información se mencionó el uso de cinco, las cuales se reportan de manera jurisdiccional y estatal. De éstas, es importante destacar la plataforma Sisver.

*Distribución de unidades de salud según tipología por JS.* Se registró un total de 1 004 unidades para las siete JS, distribuidas en cuatro tipologías principales: Unidades Rurales, Unidades Móviles, Unidades Urbanas, Casa de Salud y Centro de Salud con Servicios Ampliados. La mayoría de estas unidades (73%) era del tipo Rural (cuadro XI).

Para la obtención de la información cualitativa en el estado de Guerrero, se entrevistó en total a 23 actores clave. Los entrevistados corresponden a los diferentes niveles de la estructura jerárquica jurisdiccional, a personal médico, de enfermería y promotores sanitarios de los diversos CS (cuadro XII).

• Cuadro XI. Distribución de unidades de salud según tipología por jurisdicción. Guerrero, 2020

Tipología	Tierra Caliente (I)		Norte (II)		Centro (III)		Montaña (IV)		Costa Grande (V)		Costa Chica (VI)		Acapulco (VII)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CS con servicios ampliados	0	(0.0)	3	(2.0)	6	(3.3)	1	(0.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	10	(1.0)
Rural	80	(74.8)	109	(72.2)	129	(71.3)	156	(79.2)	109	(79.0)	107	(79.3)	45	(47.4)	735	(73.2)
01 Núcleo básico	77	(96.3)	107	(98.2)	124	(96.1)	156	(100.0)	103	(94.5)	104	(97.2)	37	(82.2)	708	(96.3)
02 Núcleos básicos	3	(3.8)	2	(1.8)	5	(3.9)	0	(0.0)	6	(5.5)	3	(2.8)	7	(15.6)	26	(3.5)
03 Núcleos básicos	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.2)	1	(0.1)
Unidad móvil	13	(12.1)	4	(2.6)	11	(6.1)	28	(14.2)	8	(5.8)	6	(4.4)	2	(2.1)	72	(7.2)
Urbano	14	(13.1)	35	(23.2)	35	(19.3)	12	(6.1)	21	(15.2)	22	(16.3)	48	(50.5)	187	(18.6)
01 Núcleos básicos	3	(21.4)	13	(37.1)	5	(14.3)	3	(25.0)	2	(9.5)	10	(45.5)	11	(22.9)	47	(25.1)
02 Núcleos básicos	8	(57.1)	12	(34.3)	12	(34.3)	4	(33.3)	13	(61.9)	8	(36.4)	21	(43.8)	78	(41.7)
03 Núcleos básicos	3	(21.4)	3	(8.6)	11	(31.4)	2	(16.7)	4	(19.0)	2	(9.1)	6	(12.5)	31	(16.6)
04 Núcleos básicos	0	(0.0)	4	(11.4)	5	(14.3)	2	(16.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(10.4)	16	(8.6)
05 Núcleos básicos	0	(0.0)	2	(5.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(8.3)	6	(3.2)
06 Núcleos básicos	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(9.1)	1	(2.1)	3	(1.6)
08 Núcleos básicos	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.9)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.5)
1.2 Núcleos básicos	0	(0.0)	1	(2.9)	1	(2.9)	1	(8.3)	1	(4.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(2.1)
1.2 Núcleos básicos y más	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(4.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.5)
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>(100.0)</b>	<b>151</b>	<b>(100.0)</b>	<b>181</b>	<b>(100.0)</b>	<b>197</b>	<b>(100.0)</b>	<b>138</b>	<b>(100.0)</b>	<b>135</b>	<b>(100.0)</b>	<b>95</b>	<b>(100.0)</b>	<b>1004</b>	<b>(100.0)</b>

Porcentajes en relación con el total por jurisdicción

Se tomaron en cuenta únicamente los CS en operación pertenecientes a los Sesa, aunque se excluyeron las Unime

Fuente: Información obtenida del Catálogo Clus de la DGS, octubre de 2020

• Cuadro XII. Número de actores entrevistados por nivel jerárquico y tipo de personal. Guerrero

Nivel	Total de entrevistas por nivel	Tipo de personal
Nivel estatal	1	• Coordinación del primer nivel de atención
Jurisdicción Sanitaria	4	• Jefe/a de js • Jefe de departamento. Primer nivel de atención • Epidemióloga
Hospital Comunitario	3	• Directora médica • Psicólogo • Promotora
Centro de Salud Urbano	7	• Personal médico (2) • Personal de enfermería (2) • Promoción de la salud (2) • Psicóloga (1)
Centro de Salud Rural	10	• Personal médico (5) • Personal de enfermería (4) • Promoción de la salud (1)
Brigadistas	3	• Brigadistas jurisdiccionales
Total	28	

En la JS Centro (Chilpancingo) se entrevistaron a nueve actores clave de nivel estatal, jurisdiccional, hospitalario y del CS rural Tixtla, así como del CS urbano Alameda, en Chilpancingo.

El CS urbano está ubicado en Chilpancingo y tiene siete núcleos básicos, cinco dan atención en horario matutino y dos en vespertino; además, cuenta con un núcleo básico foráneo y la atención se brinda por la tarde. En este CS trabajan 106 personas, entre médicos(as), enfermeras(os), promotoras(es), personal administrativo y personal de vacunación, así como personal del área de laboratorios y pasantes de licenciatura. Esta unidad médica aplica la política de cero rechazos a los usuarios. El CS rural se encuentra en el municipio de Tixtla, cuya población total en el año 2020 era de 43 171 habitantes, según datos del Inegi (2020). Este CS consta de cuatro núcleos básicos: dos atienden en horario matutino y cuentan con un médico y dos enfermeras; los otros dos núcleos brindan atención en horario vespertino y cuentan con un médico y una enfermera. En esta unidad médica tienen un promotor de salud encargado de coordinar las actividades de promoción de la salud en los cuatro núcleos. Para atender a la población total de Tixtla, se cuenta con dos establecimientos de salud: el hospital comunitario y el CS rural. Sin embargo, hay una doctora que es la coordinadora municipal y una de sus funciones es velar por la salud de toda la comunidad.

En la JS de Costa Chica se entrevistaron a nueve actores clave de nivel jurisdiccional, hospitalario y de los siguientes CS rurales: Ometepetec, San Luis Acatlán e Igualepa.

El CS de Ometepetec atiende, además de la cabecera municipal, a 11 localidades pequeñas con un promedio de 3 000 habitantes que tienen unidades dispersas. Trabajan en este servicio médicos(as), enfermeras(os), psicólogos(as), químicos(as), promotores(as) y personal administrativo. En algunas comunidades, como la de Zacolapan y Cochoapa, existe presencia del grupo étnico amuzgo. Los servicios de salud de estos lugares incluyen personal que habla y/o entiende la lengua amuzga. Municipios como Tlacoachistlahuaca, limítrofes con Oaxaca, que concentra población mixteca, posee comunidades ubicadas a más de cinco horas del Hospital de Ometepetec (información proporcionada por el director del CS Ometepetec).

San Luis Acatlán colinda con la región de la Montaña. Su ubicación geográfica lo coloca como lugar de tránsito entre la montaña y la costa, razón por la cual llegan a los servicios de salud personas provenientes de otros municipios. Se trata de un espacio con movilización social y procesos organizativos locales. El hospital comunitario cuenta con servicios ampliados: cirugía gene-

ral, pediatría, consulta general, nutrición, odontología, psicología y laboratorio. En él laboran 160 personas. Cada consultorio atiende entre 20-25 pacientes diariamente. Dependien del hospital 11 unidades de salud, dos de las cuales poseen dos núcleos básicos. Buena parte de la población es mixteca y tlapaneca (información proporcionada por la directora del hospital).

En Igualepa, el CS está conformado por directora, médico general, enfermera, vacunadora y dos pasantes de enfermería. El servicio atiende a población mixteca.

En total, se entrevistaron a 28 actores clave en las tres JS seleccionadas para el estudio.

## Respuesta a la pandemia: Organización general

La respuesta a la pandemia de Covid-19 de la JS de Acapulco se caracterizó por acciones ya establecidas que se enfocaron y potenciaron para hacer frente a este problema. En el primer nivel de atención un alto porcentaje del personal de salud se fue a resguardo por comorbilidades; quienes se mantuvieron hicieron la búsqueda intencionada de casos sospechosos, promoción, prevención con énfasis en sana distancia, uso correcto de cubrebocas, detección de pacientes con síntomas y, en su caso, referirlos para la toma de PCR en lugares estratégicos de la ciudad implementados por el nivel jurisdiccional. Los promotores jurisdiccionales que hacen la búsqueda intencionada de pacientes con dengue, zika y chikungunya sumaron la búsqueda de pacientes con Covid-19.

En la JS Centro la respuesta fue dándose por etapas y estuvo acorde con el contexto que se vivía en el estado. Los municipios que presentaron el mayor número de casos de Covid-19 fueron Acapulco, Chilpancingo de Los Bravo, Taxco, Iguale y Zihuatanejo. Por las narraciones de los entrevistados, sabemos que el secretario de Salud se reunió con los presidentes municipales para solicitar su colaboración durante la pandemia. Específicamente, se les pidió que ayudaran al personal de las unidades médicas en la difusión de las medidas preventivas. Los municipios apoyaron por medio del perifoneo en patrullas de policía, vehículos de protección civil y carros de bomberos. Las autoridades municipales y los servidores públicos participaron de manera activa.

Al secretario de Salud se le reconoció su gran capacidad de gestión sobre las acciones a seguir en cada una de las etapas que se fueron presentando durante la emergencia sanitaria. Dictaba cómo se debía proceder conforme pasaban los meses y aumentaban los casos de Covid-19. En un principio, a las personas que presentaban algún síntoma se le mandaba directamente al hospital, no se atendían en el primer nivel de atención, así lo confirmó un entrevistado:

“Los CS tenían prohibido inicialmente recibir pacientes con infecciones respiratorias, no porque no teníamos insumos para hacer un triaje, para hacer un, ¿cómo se llama...? un filtro sanitario. No podíamos, no teníamos con qué, entonces no se recibían. Entonces, había guardias en los CS para cualquier urgencia, nada más; pero cualquier otra cosa, la indicación así era, al hospital porque los CS no tenían los medios para atender un caso de Covid-19. Ahorita pues ya sabemos que si viene con Covid-19, con toda la distancia, lo mando, lo aíso, le doy antiinflamatorio, le doy todo lo que ya sabemos ahora, pero en aquel entonces no. Las acciones y las estrategias se implementaban conforme pasaba el tiempo: todo fue sobre la marcha, y así siguen siendo todo sobre la marcha las cosas, conforme se nos van dando las cosas” (responsable del primer nivel de atención a la salud).

De acuerdo con la narración de una epidemióloga entrevistada, en tres hospitales se atendía de manera exclusiva los casos positivos de Covid-19: Hospital General Raymundo Abarca Alarcón, Hospital Militar Regional y Hospital General de Chilapa. Como parte de la organización de

la atención a casos positivos y para evitar contagios, no se permitió que los hospitales básicos comunitarios, ni los CS del primer nivel de atención recibieran a una persona con síntomas de la enfermedad. Los enfermos debían trasladarse al hospital con sus propios medios y siguiendo medidas sanitarias como el uso de cubrebocas, la careta y la desinfección de las áreas respectivas. En algunos casos, los presidentes municipales brindaron el apoyo de ambulancias para trasladar a los enfermos de Covid-19, pero esto fue complicado porque se requería de cápsulas especiales para transportarlos.

La información que se difundía en los medios de comunicación, sobre todo en los noticieros, era que cada día en los hospitales aumentaba el número de muertos por Covid-19, se estaban sobresaturando y por lo mismo rechazaban a los enfermos. Esta información tuvo un efecto negativo en las personas, de acuerdo con dos entrevistados:

“Llegaban en muy malas condiciones, con 30, 35 de oximetría; estaban llegando con 20, 25. Se hizo toda una paranoia, la gente tuvo pánico y decían: ‘Si voy al hospital me muero’, pues es que las noticias permeaban por todos lados” (responsable del primer nivel de atención a la salud).

“No querían acudir porque decían que el hospital los mataba, no les ayudaban, que era peor, que los familiares ya no sabían absolutamente nada de ellos, dado que les hablaban para decirles que ya había muerto su familiar” (doctora de un CS rural).

Por otro lado, a nivel estatal se estableció un servicio de atención telefónica para las personas que presentaban síntomas de Covid-19. Este servicio se llama Covitel; el personal de la SS de Guerrero atendía la línea telefónica. Se trataba de personal que ya laboraba en alguna unidad médica, entonces se tuvieron que realizar ajustes laborales para que pudieran dar atención por esa vía.

Con el paso de los meses también empezaron a cambiar las maneras de tratar a los enfermos de Covid-19 y, para no saturar los hospitales, los CS empezaron a funcionar como espacios de contención; es decir, el personal de salud los recibía y atendía. Dependiendo de su estado los mandaban al aislamiento en sus casas y le daban seguimiento diario por teléfono:

“Posteriormente con los casos confirmados lo que se trató, o lo que fue un seguimiento muy estricto las 24 horas del día. Nosotros dábamos también seguimiento, hacíamos llamadas telefónicas, para saber cómo estaban, cómo estaba la familia, cómo estaban los familiares y recordar siempre las medidas de protección y la vigilancia, la presencia de signos de alarma, para que no se convirtieran en algo grave, algo de emergencia que tuvieran que acudir tardíamente a un hospital Covid-19 y así sucesivamente, pues así estuvimos trabajando acá” (doctora de un CS rural).

La atención de los casos de Covid-19 se centró en las zonas urbanas, ya que en su opinión las áreas con población mayoritariamente indígena:

“Fueron las menos afectadas. En algunos lugares no permitieron la entrada y la salida de la gente. En otros lugares porque contamos con gente del centro de salud o voluntarios que hablan su idioma y de alguna manera nos ayudaron, cuando menos, al uso del cubrebocas, no recuerdo más que el área de Chilapa, pudiera ser; y a lo mejor pues, no sé... una parte de Apango fueron las más afectadas. Las áreas más afectadas fueron las urbanas, donde había más conglomeración de gente, las indígenas son muy pocas, muy pocas, son contadas; las áreas indígenas no fueron las más afectadas, sí hubo, pero no tan afectadas como las urbanas” (responsable del primer nivel de atención a la salud).

Sin embargo, la epidemióloga de esta JS explicó que el Hospital General de Chilapa (hospital del Insabi) atendía mayoritariamente a población indígena ya referida. Respecto al número de casos positivos de Covid-19 señaló lo siguiente:

“Sí, sí hubo muchos casos...en su mayoría desgraciadamente fueron referidos... ya fuera de tiempo y hubo también fallecimientos, ahí en ese hospital, la mayoría” (epidemióloga de la JS).

### ***Antes de la pandemia***

Antes del Covid-19, en la JS Centro los usuarios podían llegar con varios acompañantes a los CS. La atención para consultas en los núcleos básicos del CS urbano, incluido en este estudio, era de lunes a domingo.

En cuanto a la promoción de la salud, el personal de las unidades médicas y los promotores trabajaban con las escuelas de educación básica, nivel medio superior y superior e impartían gran variedad de temas. La función del promotor de salud era hacer búsquedas intencionadas de personas con enfermedades transmitidas por vectores (dengue, zika y chikungunya) y una vez identificadas, darle aviso al personal de medicina y enfermería. Así lo señaló un entrevistado:

“Hacía búsquedas...rastrea a los pacientes y ya que los tenía ubicados, ahora sí, sí; lo ubicó primero como promotor y doy el informe a lo que es el médico o la enfermera para que posteriormente ellos, por así decirlo, le hagan una visita domiciliaria más a fondo, ya que pues hay cosas que al promotor... pues ya no entran en su rama. Y así estábamos antes de la pandemia, era la forma de trabajar, eran las actividades que realizábamos con los compañeros del Centro de Salud” (promotor de un CS rural).

Los promotores de salud se organizaban con los comités de salud de las colonias para realizar actividades de descacharrización y mantener saludable a la población. En ese entonces, se tenía mucha interacción con la población, sobre todo con mujeres a cargo de sus hogares.

### ***Durante la pandemia***

Cuando comenzó la pandemia, el personal de salud de la JS Centro realizaba guardias en los CS para mantenerlos abiertos, pero, según el personal entrevistado, la población dejó de asistir porque se mantenía en su casa. En las unidades médicas rurales y urbanas, la atención a los usuarios comenzó a ser vía telefónica y virtual (por medio de videollamadas y redes sociales, como el *WhatsApp*).

Al inicio de la pandemia, siguieron un protocolo con las personas que presentaban uno o varios síntomas de Covid-19: 1) se reportaba el caso, ya fuera que la persona enferma se hubiera presentado en el CS o su familia diera aviso, le hacían su registro y se llenaba un formato para añadirlo al censo y reportarlo como caso positivo; 2) el personal del área de epidemiología de la JS, mediante tres brigadas (cada una conformada por un médico, un químico y un chofer), acudía al domicilio de las personas enfermas para la toma de las muestras y luego hacer las pruebas PCR. A los enfermos se les avisaba con anticipación que la brigada acudiría a su casa para que estuvieran preparados. Una de estas brigadas trabajaba en el municipio de Chilpancingo y las otras dos daban atención a los otros municipios que forman parte de la jurisdicción:

“Somos alrededor de 22 personas y todos participamos, todos, todos...sean administrativos, químicos, médicos, todos entraron a la participación y no requerimos de algún otro personal” (epidemióloga de la JS).

Esta manera de proceder funcionaba con mejores resultados en el área urbana que en la rural porque por “la distancia que existe entre estas áreas se complicaban un poco las salidas, pero lograban llegar” (epidemióloga de la JS). En los municipios rurales se tuvo apoyo por parte de los coordinadores de los CS y, con ellos, se planeaba y concretizaba la toma de muestra de los casos sospechosos.

Cuando las brigadas detectaban síntomas graves en las personas enfermas, la referían de manera directa al hospital:

“Los compañeros brigadistas que llegaban a la toma de muestra y detectaban casos con dificultad para respirar, los enviaban como referidos al Hospital General Raymundo Abarca Alarcón. Ellos estaban recibiendo a los pacientes. Nos contactaban a nosotros, que estábamos en la oficina, y nosotros vía telefónica nos comunicábamos con el hospital, le informábamos que iba un paciente con tales síntomas, para que lo recibieran y ya el hospital nos regresaba información ‘llegó el paciente’, ‘no llegó’ y dábamos seguimiento por ese lado” (epidemióloga de la JS).

Con el paso del tiempo, el protocolo de ir al domicilio de la persona enferma y tomarle la muestra fue insostenible, ya que se elevó el número de personas con síntomas de la enfermedad y el personal de la jurisdicción “ya no se dio abasto” (promotor de salud de la JS); es decir, la demanda iba en aumento.

Entonces, después de seis meses, se implementó una estrategia diferente, ya que en Chilpancingo se instalaron dos módulos específicos para realizar pruebas de Covid-19 en los CS San Juan y Alameda. En estos módulos la atención la daba:

“Un químico, un médico, una enfermera y un promotor de salud. Se hizo el perifoneo para informar que existían estos módulos y la gente empezó a acudir ahí, a tomarse la muestra. Estos módulos aún siguen funcionando, están de lunes a domingo, y sí ayudó mucho a disminuir la demanda para las brigadas” (epidemióloga de la JS).

Debido a la demanda, se habilitó uno de esos módulos en Tixtla; en la actualidad, el personal que labora en el CS rural y en el hospital básico integral comunitario se rota para prestar sus servicios en tal módulo.

Algunas personas enfermas se negaban a acudir a un hospital, por eso en los CS se comenzó a dar tratamiento y control. El seguimiento a los enfermos era diario y se hacía por teléfono:

“Si la persona presenta algún síntoma de Covid-19, el equipo de salud le pide sus datos para estarlo monitoreando diariamente, o por lo menos durante los primeros siete días después de la consulta, para determinar si amerita realizarse una prueba de Covid-19. Si la persona continúa con los malestares, entonces se le deriva al módulo Covid-19 para que se realice la prueba; si sale positiva, el personal de medicina lo valora directamente y, si hay necesidad, se le remite al Hospital General de Chilpancingo... Fuimos de la mano con los pacientes, visualizando todo el comportamiento de la enfermedad, en uno y otro paciente y eso nos lo dio el seguimiento las 24 horas del día, a la hora que ellos querían te hablaban por teléfono, alguno que otro que no estaba grave, acudía a la unidad de salud a revisión, teníamos nosotros el compromiso de ayudar a las personas, no dejar que se murieran” (doctora de un CS urbano).

En el caso del municipio de Tixtla, los profesionales de la salud (pertenecientes al sector público y/o privado) mantuvieron una estrecha comunicación para compartir los tratamientos probados, experiencias y aprendizajes respecto a la atención de las personas que tenían Covid-19:

“Yo les daba a conocer el manejo que yo implementaba en los pacientes que presentaban demasiada mejoría” (doctora de un CS rural).

Existía un censo en el que se registraba a las personas con Covid-19, se les daba seguimiento telefónico y se averiguaba si las personas que habían tenido contacto con ella tenían síntomas, se hacía un mapeo y se lo localizaban en el mapa. Así se distinguían los casos específicos para saber de manera gráfica en qué colonia había más registros y hacer más énfasis en la promoción de las medidas sanitarias.



En la actualidad, en los CS sólo se permite que la persona enferma llegue con un acompañante para evitar aglomeraciones. El servicio de atención de los núcleos básicos del CS urbano está dividido por días. El personal médico atiende a su población dos días a la semana en un horario matutino y vespertino:

“En mi núcleo, mi médico da consultas los días lunes en la mañana y los días miércoles en la tarde, esto para no aglomerar a la gente. Y así lunes otro núcleo, martes otro núcleo, miércoles, jueves, viernes y fin de semana. Se sigue dando atención, pero las consultas son en diferente día para diferente población; es decir, el lunes le corresponde al módulo 1, martes al módulo 2, miércoles al módulo 3, jueves al módulo 4, viernes al módulo 5, en diferente horario. Sí se atiende, pero en diferente horario” (promotora de un CS urbano).

Asimismo, se retomaron algunas actividades de promoción a la salud en Chilpancingo y la comunicación con los comités de salud es a través de aplicaciones como *WhatsApp*.

### Infraestructura. Adecuaciones realizadas ante la pandemia

En la JS Acapulco implementaron en lugares estratégicos espacios exclusivos para la toma de muestras de PCR, por lo que, dependiendo la cercanía de los CS, estos se coordinaban para enviar previa cita a los pacientes sospechosos de Covid-19. En los CS instalaron filtros en las entradas, no se permitía el ingreso a acompañantes, el acceso era con cubrebocas, les dotaban de gel antibacterial, tomaban la temperatura y exploraban signos respiratorios.

Algunos CS optaron por ubicar sus mesas de vacunación al exterior de las unidades, con la intención de promover la sana distancia y disminuir el riesgo de contagio de menores de cinco años:

“Nuestro, ahora sí que nuestro cubículo pequeñito. Lo que hicimos fue sacarlo, ponerlo afuera y pues ahí, vacunar al ‘aire libre’ como dicen por ahí” (enfermera de un CS).

La atención médica se otorgó de acuerdo con el tamaño de la unidad. Algunos destinaron consultorios exclusivos para pacientes con Covid-19, otros utilizaban las salas de espera para tener una mayor distancia, unos más incluso trasladaron sus consultorios, al igual que las salas de espera, al exterior (explanadas y canchas), con desinfección de los consultorios y lavado de manos de manera más frecuente y con énfasis posterior a la revisión de pacientes sospechosos de Covid-19, en los cuales se agilizaba la consulta o se citaban en horarios alejados de los pacientes de programas prioritarios. En otros colocaron acrílicos o incluso aumentaron la distancia entre el escritorio del prestador y el paciente para evitar contagios.

En la JS Centro se realizaron varias adecuaciones a las unidades médicas. Tanto en los hospitales como en los CS se marcaron rutas de entrada y salida de los pacientes para evitar aglomeraciones y mantener la distancia recomendada. En la actualidad, cuando un usuario llega a un CS (urbano o rural) hay un filtro sanitario en el que una persona con cubrebocas toma su temperatura y proporciona gel antibacterial.

También las unidades rurales tuvieron adecuaciones. Por ejemplo, se modificaron techos a un lado de los CS para que las pláticas dirigidas a la población se dieran al aire libre. Estos espacios también sirvieron para dar consulta a las personas que presentaban infecciones respiratorias o síntomas de Covid-19, y se implementaron para que el enfermo no ingresara al CS. El consultorio del CS urbano sigue funcionando hasta la fecha. En el CS rural de Tixtla:

“Los casos sospechosos se atienden en un área específica, ya no se meten directamente dentro de la unidad, donde están todos los consultorios. Se adaptó un área afuera en un techado, con una muy buena ventilación, y todos los pacientes que vienen con síntomas respiratorios o digestivos se atienden en esa área, pero ya está fuera del resto de las demás áreas que tenemos dentro de la unidad” (doctora de un CS rural).

En el caso de la JS Costa Chica, en cada una de las unidades de salud estudiadas se realizaron modificaciones para enfrentar los desafíos de la emergencia sanitaria. En el Hospital de Ometepepec se habilitó un espacio Covid-19 en el área de hemodiálisis y se aumentó el número de camas a 26. También se colocaron filtros en la entrada.

En el hospital de la comunidad de San Luis Acatlán habilitaron un área de enfermedades respiratorias que revisaba a pacientes y, en su caso, derivaba a hospitales. Se consolidó el servicio de urgencia y una de las dos ambulancias se destinó a Covid-19.

En el CS rural de Iqualapa se habilitaron dos pequeños espacios, uno donde el técnico en atención primaria se encargaba de hacer el triaje a los pacientes que llegaban, y el otro que funcionaba en lo que era una bodega y allí se tomaba la muestra a los pacientes con sintomatología.

### Recursos humanos

Respecto a los recursos humanos, en la JS Acapulco los entrevistados señalaron que en algunas unidades médicas hasta 60% de personal de salud se fue a resguardo, y no hubo quién los sustituyera. No ocurrieron nuevas contrataciones en las unidades de primer nivel de atención. De acuerdo con sus testimonios, esto se debió a que bajó la demanda de atención y en cierto sentido no fue necesario. Por otro lado, una vez que las universidades lo permitieron, empezaron a llegar los médicos(as) pasantes.

El personal de enfermería y los promotores entrevistados de la JS coincidieron al referir que no hubo capacitación para las acciones enfocadas a Covid-19, como son la búsqueda casa por casa de pacientes, las actividades de prevención y promoción; tampoco lo hubo para el personal de enfermería con relación a la atención de pacientes con esta enfermedad. Por otro lado, refirieron que en los momentos más álgidos de la pandemia hubo carencias en cuanto al equipo de protección, los insumos, los medicamentos, el equipo médico y los materiales para la promoción de la salud, por lo que en algunos momentos realizaron compras de estos insumos de sus propios bolsillos por ejemplo para adquirir cubrebocas, megáfonos y oxímetros:

“Dijeron que teníamos que salir a hacer búsqueda intencionada, con información que se manejó por todos los medios desde una red social hasta información oficial, sobre el Covid-19. Entonces ahí... nos fuimos así como Dios nos dio a entender” (promotor de la JS).

“No hemos recibido ninguna capacitación, ninguna información que nos pueda aportar a nosotros, para que nosotros podamos proporcionar a la ciudadanía” (promotor de la JS).

En cambio, en la JS Centro se contrató por medio del Insabi a unas 500 personas para la atención hospitalaria, entre personal de medicina y enfermería:

“Exclusivamente para el área de Covid-19 entraron los médicos más jóvenes y las enfermeras más jóvenes, pero no eran suficientes” (responsable del primer nivel de atención a la salud).

El personal que trabajó en el programa *Prospera* participó en la implementación de las brigadas:

“Empezamos a trabajar con unos promotores del Insabi que venían arrastrándose del programa de *Prospera*. Cuando desapareció ese programa hubo una gestión entre Gobierno del estado, el secretario de Salud

y la federación para que las personas que habían fungido como afiliadores del Seguro Popular, gestores, nutriólogos, psicólogos... y quisieran trabajar todavía, podían hacerlo. Entonces uno de los acuerdos con el Gobierno federal fue 'está bien... vamos...a esos gestores, afiliadores, soportes, administrativos que trabajaban en los módulos de registro del Seguro Popular los vamos a hacer promotores'. Igual entonces con ellos empezamos a trabajar, pero ya obligados porque quedaron con ese título, con el título de gestores de participación ciudadana" (responsable del primer nivel de atención a la salud).

Pero no todo el personal contratado por el Insabi participó en las brigadas:

"Porque su contrato decía 'Soporte administrativo', su contrato decía 'Apoyo en la gestión no sé qué', o 'Coordinador administrativo' o 'Afiliador'" (responsable del primer nivel de atención a la salud).

El Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTS) autorizó que los prestadores de servicios de salud que tuvieran comorbilidades dejaran de trabajar. Para atender la emergencia sanitaria, los CS urbanos y rurales del primer nivel de atención funcionaron con la misma plantilla de trabajadores, sin los prestadores de servicios que estuvieron en cuarentena porque se enfermaron de Covid-19, y sin las personas que figuraban en el grupo de riesgo, esta última situación varió de unidad a unidad:

"No se contrató personal, somos nosotros mismos con los que se llevó a cabo...se fue el personal que tiene alguna comorbilidad, como diabetes, hipertensión y por la edad también se fueron a resguardo, pero pues afortunadamente la mayoría del personal aquí pues no cumplía con estos criterios como para irse de resguardo y nos quedamos trabajando. No llegó personal anexo para atender esta problemática de salud, que es la Covid-19, no llegó personal. Al menos en mi municipio que yo sepa, en los CS, no" (doctora de CS urbano).

Durante un mes las brigadas conformadas por el personal de vectores de la JS, apoyaron al personal de las unidades médicas de Chilpancingo para hacer promoción de las medidas sanitarias de salud para prevenir la enfermedad de Covid-19. Una doctora explicó que su ayuda consistió en:

"Perifonear y tocar de casa en casa... buscando casos intencionados, ahora sí que se dio un barrido a todas las colonias que nosotros tenemos asignadas" (doctora de CS urbano).

El Gobierno federal, a través del Insabi otorgó insumos escasos. El Gobierno de Guerrero compró insumos por medio de sus diferentes programas:

"Al inicio teníamos carencia de insumos, no estábamos preparados para una pandemia de este tipo y no se contaba con suficiente material, con suficientes equipos de protección. Para el primer caso tuvimos que esperar como de dos a tres horas a que nos consiguieran el primer equipo, para poder ir a tomar la muestra. En lo sucesivo, que empezaron más casos, más casos, nos hicieron una buena dotación por parte de la Secretaría de Salud y actualmente contamos con suficiente material. En algunas ocasiones, carecemos de caretas y cubrebocas, pero de lo demás, actualmente contamos con todo el equipo necesario" (epidemióloga de la JS).

La dotación de insumos a los CS del primer nivel ocurrió con mayor prontitud en las unidades más cercanas a las jurisdicciones posteriormente a las localidades rurales:

"Al inicio todo era bonito, teníamos cubrebocas KN95 y todo, pero ya entrando el año (2021), la verdad ya no nos han dado cubrebocas, no hay gel y si te dan, te dan medio bote... cuando sabemos que aquí hay mucha presencia de gente que viene a consulta... Por lo regular nosotros traemos nuestros cubrebocas, de nuestro hogar" (doctora de un CS urbano).

El personal de salud en algunas ocasiones también compró su propio EPP y se coordinaron entre colegas para conseguir insumos e implementar las medidas higiénicas en las unidades médicas:

“Entre todos hacíamos la ‘vaquita’, o cada uno donaba, pues traía cloro, traía jabón, traían escobas, lo que cada quien podía donar en su momento. Lo que sí es que tenemos una persona auxiliar de limpieza que nos la proporcionó el Ayuntamiento municipal, o sea la administración del Gobierno aquí municipal, muy efectiva la señora, la verdad, pero a pesar de eso, cada uno de nosotros tiene la corresponsabilidad de mantener su área limpia, de mantener las superficies desinfectadas para el bien principalmente propio y también para el bien de nuestros usuarios. Porque, porque en las unidades que nosotros manejábamos no manejamos ‘cuotas de recuperación’, ni cobro de ningún servicio, totalmente es gratuito” (doctora de un CS urbano).

Al inicio de la pandemia, en algunas unidades médicas el personal de salud se cooperó para comprar oxímetros y termómetros que se necesitaban para atender a la población, ya que había atraso para recibirlos. Después:

“Ya nos hicieron llegar termómetros y oxímetros, me parece ser que por pedido del secretario de Salud no sé si lo gestionó ante el Gobierno y ya nos los proporcionaron, entonces por este lado pues supongo que sí hubo, tuvo que haber una buena coordinación entre las Instituciones” (doctora de un CS urbano).

Aunque hubo disgusto por parte del personal de salud por la insuficiencia de insumos para realizar sus labores, encontraron la manera de resolver la situación y realizar su trabajo:

“Nos hizo falta, como en todo, los insumos, porque los compañeros en ese momento exigían equipo de protección, lógicamente no exigían el overol ¿verdad? el que usan cuando las muestras, pero si exigían cubrebocas, careta, gel antibacterial, y pues con justa razón y yo también lo veo así porque nada más nos decían... Jurisdicción te pide esto... ‘tienes que ir a tal lado’, y ¿cómo me protejo? que al final de cuentas lo terminamos haciendo y lo hicimos con material que comprábamos de nuestra bolsa, entonces, yo creo que más que nada fueron los insumos, porque la mano de obra siempre hubo la disposición, ahora sí que le digo, el único fueron los insumos, pero después ahora sí que... queriendo y no queriendo, pues tuvimos que hacerlo con lo poco o mucho que nos llegaba, que nos daban tres cubrebocas a veces a la quincena, a veces a la semana, pues no” (promotor de salud de un CS rural).

“Nos vimos en muchas dificultades debido a que no contábamos con insumos, los básicos: cubrebocas, jabón, cloro para el saneamiento de aquí de la Unidad para recepción de los pacientes. Fue muy difícil, que nosotros contáramos con una bata. Tardamos hasta el mes de mayo... junio que nos llegaran después de que se había iniciado en el mes de marzo la pandemia. Los insumos han sido costeados por el propio personal. Yo cargo un cubrebocas tricapa, que no es de la institución, todos esos insumos son por parte del presupuesto que nosotros mismos establecemos para nuestro material de trabajo. Entonces, yo creo que sí, el dotamos un poquito más de insumos a las unidades de primer nivel, que, aunque no se llamen de primera línea para la atención del Covid-19, yo creo que nosotros somos quienes podemos hacer un poquito de mayor contención, para que no lleguen al segundo nivel. Pero sí, sin herramientas de protección o equipo de protección, es muy difícil esa actividad, sin embargo, lo seguimos haciendo” (enfermera de un CS rural).

Respecto a la JS Costa Chica, los recursos humanos disminuyeron 25-30% cuando el personal se fue a resguardo. Existía mucho miedo a contagiarse a pesar de los esfuerzos por capacitarlos en distintos aspectos de la pandemia. Cada viernes desde la jurisdicción se abordaban distintos temas a cargo de atención médica, epidemiología y promoción a la salud. Otro factor que complicó la atención fue la imposibilidad de contratar personal. El personal médico de las unidades rurales

fue capacitado para tomar las pruebas rápidas, recurso que facilitó la detección oportuna y así cortar la cadena de transmisión.

Un aspecto por destacar es que se cuenta con personal que habla las lenguas originarias de mixtecos, tlapanecos y amuzgos, población que es mayoritaria en la jurisdicción.

En los CS rurales se reportó escasez de insumos, equipo de protección, material de limpieza. En algunos sólo contaban con un oxímetro.

Por las distintas redes sociales, y gracias a la alianza con el gobernador y el secretario de Salud, diariamente se informaba a la población sobre la situación de la Covid-19 por localidades. Desde la JS se creó un grupo de *WhatsApp* de médicos y enfermeros de toda la jurisdicción para aclarar las dudas que surgían en el día a día.

## Acciones realizadas para implementar la Estrategia APS para Covid-19

### *Acciones comunitarias*

En la JS Acapulco las acciones implementadas a nivel comunitario se caracterizaron por retomar las que hacían previo a la pandemia, como salidas a la comunidad una o dos veces a la semana, visitas a zonas de mayor riesgo de contagio como los tianguis, mercados, puestos ambulantes; en general, lugares concurridos. En dichos sitios hacían promoción de la salud, informaban sobre los síntomas de Covid-19, recomendaban visitar el CS en caso de estar enfermos, todo apoyados con el perifoneo y la repartición de trípticos.

Las brigadas jurisdiccionales se enfocaron principalmente sobre acciones de descacharrización para disminuir los padecimientos de dengue, zika y chikungunya. Durante la pandemia también hicieron acciones para promover la sana distancia, informar sobre los síntomas de la enfermedad y la prevención de Covid-19, aunque refirieron que no fueron capacitados en dichos temas y que aprendieron por cuenta propia.

Los equipos de salud de las unidades médicas de primer nivel de atención, tanto personal médico como de enfermería, salían una o hasta dos veces por semana, dependiendo de la cantidad de consultas en la unidad. Acudían a las zonas de mayor riesgo en busca de casos sospechosos, otorgaron información, trípticos, hicieron perifoneo y ofrecieron pláticas sobre la sintomatología. Cuando identificaban casos sospechosos los mandaron a tomar PCR en los lugares estratégicos implementados por la JS, o bien los referían al hospital. Algunos CS cuando detectaron casos sospechosos les dieron seguimiento telefónico, pero, en general, las salidas estuvieron enfocadas en buscar pacientes que dejaron de acudir a la unidad médica por pertenecer a programas prioritarios. Estas acciones las hacían previo a la pandemia:

“Se hacían las brigadas de detecciones, se iba en búsqueda intencional de embarazadas, de pacientes crónicos. De hecho, todo el tiempo se han hecho las brigadas a diferentes enfermedades” (doctora de un CS).

A nivel jurisdiccional, aunque no se tuvo oportunidad de entrevistar a este nivel a actores clave en la JS Acapulco, se observó que la acción principal se caracterizó por la implementación de espacios para la toma de PCR que eran enviados por los CS, identificados durante la consulta o las visitas domiciliarias. Se tomaba la muestra previa cita.

En cambio, en la JS Centro la estrategia se implementó con algunas adecuaciones. Las brigadas comenzaron con la búsqueda de personas con comorbilidades o factores de riesgo que no acudían a las unidades médicas para saber cuánta era la población por proteger. En palabras de un funcionario que fue entrevistado, trataron de:

“Tropicalizar’ la estrategia, adaptarla a la población específica a la que iba dirigida y hacer algunas adecuaciones que van desde cómo abordar a la gente hasta la cuestión de la inseguridad que existía, porque, por ejemplo, hubo comunidades que no permitieron la entrada al médico, lo corrieron, o sea, cerraron sus comunidades y no dejaron entrar a los médicos, tuvimos también situaciones de agresiones” (responsable del primer nivel de atención a la salud).

Por otro lado, las indicaciones recibidas de la JS fueron:

“Organizar brigadas para salir y hacer visitas domiciliarias para ver cómo estaba ese paciente crónico, para ver si tenía una patología, sabíamos que tiene un factor de riesgo para la enfermedad de Covid-19, se le hacía llegar su tratamiento” (doctora de un CS urbano).

Los brigadistas tenían miedo a ser agredidos por el hecho de llevar el uniforme como personal de salud, la población tenía miedo a ser contagiados de Covid-19:

“Ante el desconocimiento de la enfermedad, pues, todos teníamos temor” (responsable del primer nivel de atención a la salud).

Después de varios meses, por instrucciones del secretario de Salud de Guerrero, cambiaron el modo de proceder y se dedicaron a identificar a las personas con síntomas de Covid-19 o enfermedades respiratorias, y así tuvieron resultados más efectivos, porque:

“Detectábamos a los enfermos en la fase en la que todavía podían ser atendidos, en la que todavía podíamos hacer algo por ellos, a sabiendas que no podemos matar el virus, cuando menos les dábamos ciertas condiciones para que no se complicaran” (responsable del primer nivel de atención a la salud).

Se priorizaron zonas y municipios para ejecutar la Estrategia y se implementó (con información hasta noviembre de 2020) en 56 de los 81 municipios de Guerrero. En la Estrategia APS para Covid-19 se contempló la puesta en marcha de tres diferentes grupos de acción comunitaria vinculados e integrados al primer nivel de atención, estrategia para prevenir, atender y mitigar la enfermedad, pero en la JS Centro se hicieron brigadas integrales:

“Donde iba el brigadista iba el médico de la unidad para que el brigadista no los estuviera derivando a las unidades por el riesgo que conllevaba, tanto para el paciente, como para los usuarios, como para personal de salud; entonces, salían en conjunto” (responsable del primer nivel de atención a la salud).

“En una brigada iba un médico, una enfermera, un administrativo y en la otra brigada era un médico, una enfermera y el promotor; en otra brigada era un odontólogo, una enfermera y un administrativo, prácticamente todo el centro de salud estuvo trabajando, ahora sí, que de sol a sol” (promotor de un CS rural).

Los funcionarios públicos del área de la salud de Guerrero se enteraron de la Estrategia APS para Covid-19 a través de los medios de comunicación y de reuniones que tenían a nivel nacional. Con la información que escucharon se dieron una idea del contenido de la Estrategia y con eso hicieron un plan y lo implementaron:

“Fuimos pescando de esas pequeñas reuniones...inclusive de la televisión en la conferencia de [Hugo López] Gatell lo presentaron, lo presentó el de Promoción de la Salud, el doctor Ricardo Cortés; lo presentó, y volví también a pescar cosas de ahí para poder más o menos idear cómo iba; no podíamos esperar hasta que llegara el documento, ya cuando llegó el documento a finales de julio o a principios de agosto...este documento tiene fecha inclusive de julio de 2020. En esa fecha nosotros ya estábamos avanzados, entonces, tratamos sobre la marcha de perfeccionar las acciones o actividades que vienen aquí diseñadas... tratamos, pero ya fue en el camino, ya no podíamos decir al personal ‘sabe qué, lo que estaban haciendo ya no lo

haga así ahora lo vamos a hacer de esta manera, no se podía" (responsable del primer nivel de atención a la salud).

El personal de salud del nivel operativo comenzó a trabajar en las brigadas sin haber leído el documento denominado *Estrategia de promoción de salud, prevención, atención y mitigación de la Covid-19 en el marco de la APS*:

"No conocíamos este documento, pero parte del contenido, de las estrategias que vienen ahí mencionadas, sí las estábamos llevando a cabo. Tal vez no en su totalidad, ni al 100%, pero sí estábamos trabajando en ello" (doctora de un CS rural);

"No conocía como tal el manual; sin embargo, son acciones que ya hemos realizado" (enfermera de un CS rural).

El responsable estatal de primer nivel de atención se encargó de coordinar las brigadas en el estado de Guerrero a través de sus homólogos en cada JS. La capacitación para implementar las brigadas se dio a modo de "cascada": los primeros en recibir la información fueron los funcionarios estatales, luego el personal de las JS y, por último, el personal (operativo) de las unidades médicas urbanas y rurales:

"Inicialmente las brigadas de promoción estaban a cargo del área de Promoción de la Salud, se les capacitó desde este nivel hacia las JS, y las JS a las brigadas y a los CS" (responsable del primer nivel de atención a la salud).

Sin embargo:

"Únicamente nos dieron una capacitación previa cuando se vino todo esto de la Estrategia y ya nos dijeron pues algunas acciones que íbamos a implementar aquí, en nuestra unidad de salud" (doctora de un CS urbano).

Todo el personal que laboraba en las unidades médicas participó en las brigadas, incluido el de administración, y se les capacitó para realizar las labores más básicas:

"Se complicó un poco porque tuvimos que capacitar a los compañeros administrativos, porque no están familiarizados con, ahora sí que, con los temas de promoción; entonces, pero sí se tuvo que hacer por falta de personal" (promotor de salud de un CS rural).

Se dividieron en equipos y cada brigada tenía una función; desde el inicio de la pandemia se realizaron las Brigadas de Promoción. En Tixtla, por ejemplo, las brigadas recorrieron todas las localidades:

"Fuimos a localidades donde en las canchas abiertas se reunía a la población, porque son localidades con población rural principalmente las que corresponden a Tixtla. Se hacía convocatoria con los comisarios, o sea con las autoridades de la localidad, con los líderes de la localidad. Se informaba de la situación, se daba información que se trataba [de] la enfermedad de la Covid-19, qué medidas de prevención teníamos que tomar y así sucesivamente. Fuimos primero por localidades y cerramos o culminamos con la cabecera municipal, Tixtla. Hicimos Brigadas de Promoción, íbamos a campo, o sea casa por casa, a los lugares sociales con concurrencias, eran por brigadas" (doctora de un CS rural).

En el contexto urbano:

"Se salió a vocear, a perifonear, aquí hubo mucha participación de todos los compañeros, prestábamos nuestros vehículos, salíamos a nuestra área de influencia, aquí nuestra área de influencia es algo grande, tenemos aproximadamente 22 000 habitantes" (doctora de un CS urbano).

Las actividades de las brigadas en lugares públicos consistían en pegar carteles y perifonear información referente a las formas de transmisión del virus, así como las medidas generales para prevenir la enfermedad: lavado de manos, sana distancia, uso de cubrebocas, estornudo de etiqueta, la importancia de quedarse en casa y salir sólo para lo indispensable. Se hizo énfasis en que el grupo de riesgo eran las personas mayores de 65 años, las mujeres embarazadas, los niños y las niñas, las personas con ECNT, las personas con cáncer. Los brigadistas tenían la función de informar a la población adónde acudir en caso de presentar síntomas de la enfermedad:

*“Capacitamos a nuestro personal brigadista para decirles a qué hospital tenían que acudir los enfermos, se encontraran enfermos o no se les informaba; si se llegaron a presentar estos síntomas tendrían que irse a tal o lo cual hospital que estuvieran más cerca, y se les dejaba el número telefónico de Covitel” (responsable del primer nivel de atención a la salud).*

Las brigadas en la ciudad de Chilpancingo también apoyaron para tomar las muestras a domicilio, que después se analizarían:

*“Iba una brigada a la visita al domicilio del paciente sintomático y se tomaba la muestra, se nos daba el resultado y pues ya posteriormente se le daba tratamiento a ese paciente, dándole a conocer el número telefónico de Covitel en caso de que se agudizaran estos síntomas, se agravaran o hubiera la necesidad de trasladar al paciente a un tercer nivel, segundo, tercer nivel” (doctora de un CS urbano).*

En Tixtla, las brigadas empezaron a recorrer las localidades a finales de marzo y principios de abril, pero enfrentaron varias dificultades:

*“Nos dio un poco de trabajo, porque en las localidades hay personas que hablan dialecto, entonces lo único que podíamos hacer era informarles, por medio de carteles, de lavado de manos y ya, porque no había como tal todavía esa promoción” (promotor de salud de un CS rural).*

La forma de proceder con las brigadas en los municipios que tenían población indígena fue distinta, ya que se carecía tanto de recursos humanos como materiales para ponerla en práctica como en la zona urbana:

*“En esas localidades hay muy pocos promotores, porque los promotores los dejaron en las cabeceras municipales. ¿Por qué? porque es donde hay más personal, entonces fueron asignados a cabeceras; como no hubo dinero tampoco para el desplazamiento, no tuvimos dinero; todo fue afectado, tampoco teníamos dinero para mandarlos a localidades alejadas, entonces en esa localidad se trabajó con la gente en el Centro de Salud y los voluntarios, así nada más; promoviendo a distancia, promoviendo con el altoparlante nada más, no entrando a las casas...promoviendo el lavado de manos, y pues bueno, evitando las reuniones” (responsable del primer nivel de atención a la salud).*

Respecto a la JS Costa Chica, al inicio de la pandemia se hicieron filtros sanitarios a la entrada de la cabecera de Ometepetec y en la central de autobuses. A las personas que ingresaban se les invitaba a bajarse del automóvil y se les capacitó en el lavado de manos. El CS de Ometepetec trabajó en un primer momento con habitantes que regresaban de Michoacán ante el desempleo generalizado, y los alentaban a guardar cuarentena.

Desde los CS se organizaron las Brigadas de Promoción que hacían el barrido casa por casa en las llamadas “manzanas calientes”, que eran donde se habían reportado casos sospechosos y/o confirmados. Estas brigadas ofrecían información sobre aislamiento, medidas preventivas y dónde acudir ante la complicación del paciente. La promotora del Hospital de San Luis Acatlán comentó que ellos programaban semanalmente las salidas. La meta era cumplir diariamente 25 casas visitadas, mínimo. En los CS más pequeños, salía el personal de enfermería y de promoción



y se quedaba el médico para realizar la prueba por si la brigada enviaba a alguna persona con sintomatología sospechosa.

Desde la jurisdicción se conformó la Brigada Médica Especializada, compuesta mínimo por un médico y una enfermera, y que tenía como objetivo principal valorar a los pacientes sospechosos.

La JS aportó cinco brigadas que iban a los distintos municipios, compuestas por médicos, enfermeras y promotores. Las brigadas que salían a comunidad llevaban pruebas rápidas. Estas estuvieron disponibles a principios de año 2021. Ante la disminución del número de casos, las brigadas disminuyeron a dos.

Los CS desarrollaron también otras acciones de promoción como perifoneo diario, pláticas a docentes y madres que acudían a la escuela a entregar las tareas de sus hijos. La promoción incluyó además del tema Covid-19, mensajes para zika, chikungunya y dengue. Se incrementó el uso del *Facebook* de las páginas institucionales y el *WhatsApp* para estas tareas.

### **En el CS**

En la JS Acapulco las unidades fueron adecuándose, de acuerdo con el tamaño y número de núcleos básicos, para hacer frente a la pandemia. En las unidades médicas con espacios suficientes, tuvieron la oportunidad de destinar consultorios exclusivos para la atención de pacientes sospechosos de Covid-19; sin embargo, en los CS pequeños se adecuaron espacios fuera de la unidad para dar consulta, ubicar salas de espera o para vacunar. En otros sólo colocaron acrílicos o mesas para aumentar la distancia entre el prestador del servicio y los pacientes.

Lo que sí estuvo generalizado en todos los CS fueron los filtros en las entradas, la aplicación de gel antibacterial, el acceso con el uso obligado de cubrebocas y la limitación de acceso sólo a pacientes o acompañantes necesarios, así como medidas que promovieron la sana distancia al interior. Se retomaron las citas y la consulta a pacientes sospechosos, se agilizó y, en algunos casos, se programaron horarios exclusivos; además, de manera frecuente se desinfectaban las unidades de salud.

En el caso de la JS Centro, en los dos CS analizados se coincidió en las medidas utilizadas para prevenir los contagios. Establecieron un consultorio exclusivo para personas que presentaban enfermedades respiratorias y síntomas de Covid-19. Colocaron un filtro en la entrada de las unidades médicas con tapete desinfectante. A los usuarios se les tomaba la temperatura, se entregaba gel antibacterial y se les hacía hincapié en la importancia del uso de cubrebocas. El personal de salud se encargó de organizarse entre ellos para lograr que en su unidad hubiera insumos de limpieza de manera permanente, necesarios para desinfectar el piso y el mobiliario. A los usuarios se les explicó que acudieran solos para evitar aglomeraciones o, sólo en caso de ser necesario, llevaran un acompañante.

Respecto a la JS Costa Chica, las brigadas que se organizaron desde el CS se coordinaban con la jurisdicción y empezaron a funcionar en marzo de 2021. Integraron a todo el personal de salud. Por ejemplo, los psicólogos encargados del Programa de Desarrollo Infantil de menores de cinco años que no hacían trabajo en comunidad colaboraron en las brigadas. Esas brigadas a diario realizaban búsqueda intencionada de casos, además de hacer promoción. Visitaban los domicilios de los pacientes con la finalidad de ver la evolución y detectar a tiempo signos de agravamiento y traslados a hospitales. Se coordinaban con las brigadas de la jurisdicción, en las que iba un médico que se dedicaba a revisar a los pacientes positivos.

Ante el aumento de ansiedad registrado entre la población desde la jurisdicción, se convocó a psicólogos(as) para atender y contener los casos vía telefónica o mediante visitas. También recibió apoyo emocional el personal de salud para disminuir el miedo al contagio y favorecer un mejor ambiente laboral. El psicólogo entrevistado recordó que recibió una guía de atención y apoyo

psicológico de Covid-19, aunque no recordó de qué instancia. Con relación a la atención de violencia doméstica, manifestó que:

“La población tiene costumbres muy arraigadas. Es muy difícil que las mujeres busquen ayuda frente a la violencia masculina. Las madres incluso dicen que aguanten” (psicólogo del hospital de la comunidad de San L. Acatlán).

La psicóloga del CS de Ometepec dio seguimiento diario a pacientes con ansiedad. Además de escucharlos, les ponía tareas como escribir, colorear, dibujar. Ya recuperados muchos pacientes fueron a agradecerle personalmente la atención recibida. Esto fue evaluado como un logro en tanto ella comentó que:

“No existe una cultura de salud mental” (psicóloga del CS Ometepec).

### *Seguimiento de programas prioritarios*

En la JS Acapulco las brigadas jurisdiccionales dieron seguimiento principalmente a los programas de enfermedades transmitidas por vectores, como dengue, zika y chikungunya. En las unidades de salud, al igual que lo hacían antes de la pandemia, salían a buscar a sus pacientes de programas prioritarios que no acudían a sus consultas. Los tarjeteros les sirvieron para localizar los domicilios o la manera de comunicarse. Para la atención de sus consultas de control, citaban a los pacientes en horarios exclusivos y les otorgaban medicamentos hasta por dos meses, y les recomendaban que acudieran inmediatamente en caso de urgencias. Además, aprovechaban sus visitas para orientarlos sobre Covid-19.

“Sí estuvimos dándole su tratamiento a los pacientes de crónico, se les daba su tratamiento y se les daba su información, que no estuvieran saliendo a la calle, todas las medidas preventivas y las embarazadas todo lo que teníamos en la consulta, si vamos a hacer una concentración aquí” (doctora de un CS).

Para el control de enfermedades crónicas los entrevistados señalaron desabasto de medicamentos. Debido a ello, los pacientes dejaron de acudir a las unidades de salud:

“Los pacientes dicen: No, pues ¿a qué voy? No hay tal medicamento que necesito” (enfermera de un CS).

Algunas unidades enfocaron sus esfuerzos hacia las mujeres embarazadas y la vacunación de los menores de cinco años, aunque señalaron no tener semanas nacionales de vacunación durante 2020. Durante las visitas semanales, llevaban pruebas rápidas de VIH, las cuales aprovecharon para realizar en campo:

“Le decía a mi médico pasante: —¿Sabes qué? Vámonos, vamos a ver a la embarazada, necesitamos saber cómo está, hay que verla, no es lo mismo hablar por teléfono a verla físicamente como está ella, y pues como está también el producto, o sea el bebé. Aunque sea en el patio, en la calle, no importa, pero pues allá revisábamos a la paciente” (enfermera de un CS).

En cambio, en la JS Centro, en el contexto de la pandemia la jurisdicción dio la instrucción de seguir atendiendo en los CS a las personas que padecían ECNT, cáncer o con condiciones que, en cierto modo, complicaban su salud:

“Hay otras cosas que hacer todavía, porque estamos trabajando con los enfermos de Covid-19, pero estamos descuidando a las embarazadas, pacientes con cáncer cervicouterino, displasia. Estamos descuidando a los pacientes de planificación familiar, porque un embarazo no deseado también es de mucho riesgo. Entonces tenemos que retomar, como parte de la nueva normalidad en la Secretaría de Salud, la búsqueda intencio-

nada de diabéticos, hipertensos, no porque les vaya a dar Covid-19, sino porque tenemos que controlarlos. Son pacientes que a estas alturas seguramente ya están descompensados, habrá que recuperarlos y volverlos a compensar, y empezar a evaluar los daños porque un paciente descompensado seguramente su organismo ya está sufriendo algunos estragos: riñón, corazón, hígado. Tenemos que empezar a recuperar a esa población, esa es la instrucción que estamos dando. Sigamos con Covid-19, pero retomemos la nueva normalidad de la institución. Vamos a tratar de recuperar... cuando menos en los CS, 80% de las actividades que realizábamos para tratar las otras enfermedades que también cuentan” (doctor responsable del primer nivel de atención a la salud).

Aunque las unidades médicas funcionaron todo el tiempo, los pacientes de los programas prioritarios (planificación familiar, personas con cáncer, mujeres embarazadas, personas que padecen ECNT, niñas y niños menores de cinco años) dejaron de asistir a sus citas periódicas:

“Ningún servicio dejó de funcionar. Nosotros seguimos ofertando los mismos servicios, pero sí la carga de demanda disminuyó muchísimo porque a pesar de que se les citaba no venían. Pudo ser por el temor de que si venían aquí se podían contagiar” (doctora de un CS rural).

“La situación se nos complicó con la pandemia, pues la gente...hay gente que entró en pánico, que no salía para nada de su hogar” (enfermera de un CS urbano).

Así que se implementó la estrategia de dotarles de insumos y medicamentos hasta por tres meses, ya sea que el personal de salud se los diera en su domicilio: “Nosotras nos organizábamos para llevarles su medicamento”, o que fueran por ellos al CS (en alguna visita excepcional). A este grupo prioritario se le dio la instrucción de acudir a la unidad médica si presentaba algún malestar o enfermedad. También se le dio seguimiento por medio de llamadas telefónicas, y en los casos que lo ameritaban, por medio de visitas domiciliarias; era importante que los pacientes con enfermedades como la obesidad, la hipertensión y la diabetes pudieran tener un control de su enfermedad, para que:

“Si se llegaran a contagiar pues no estuvieran en una situación de mayor vulnerabilidad para complicarse. Con el entendido de que, si presentaban alguna emergencia, alguna urgencia podían venir a la hora que ellos quisieran o acudir al Área de Urgencias del hospital” (doctora de un CS rural).

Las visitas domiciliarias, por medio de brigadas, se hicieron con más frecuencia en el ámbito urbano:

“Nos dieron la indicación de organizarnos por brigadas. El módulo y el núcleo básico está conformado por un médico, una enfermera y un promotor, entonces ellos se organizaron, salían dos veces por semana a hacer sus visitas domiciliarias para ver cómo estaban esas personas, si se encontraban en su casa se les dejaba su medicamento y en caso de ausencia se les llamaba por teléfono” (doctora de un CS urbano).

A las mujeres cuyo embarazo tenía un curso normal se les citaba cada mes y el equipo de salud ponía especial atención en las que tenían un embarazo de alto riesgo. Si alguna mujer llegaba a presentar algún incidente o malestar podía acudir al hospital o al CS, dependiendo del horario en el que se presentara la urgencia:

“Más que nada, le hemos dado prioridad a [las mujeres] embarazadas, de estar pendiente de las ‘embarazadas’ que no han venido a su consulta, estarles llamando y después visitándolas, para ver si no tienen o si es que tienen algún problemita de salud. Nos enfocamos más en las embarazadas” (enfermera de un CS urbano).

Cuando la situación pandémica se estabilizó, el personal de los CS regresó a la programación de citas, pero con horarios bien establecidos. Se siguieron haciendo brigadas en caso de que los pacientes no se reportaran o faltaran a sus citas. Además, en las unidades médicas se recibieron pacientes cuando acudían por cualquier motivo de atención:

“Por ejemplo, en el área de vacunas... el niño que llegara por vacuna sin cita se atendía porque venía a buscar su vacuna, había que aprovechar porque tuvimos mucha renuencia, entonces aprovechábamos todas las oportunidades que había” (enfermera de un CS rural).

Respecto a la JS Costa Chica, los programas prioritarios continuaron a partir de diferentes estrategias. Se puso especial atención a pacientes con comorbilidades. Las brigadas dieron seguimiento a pacientes crónicos. Las personas con diabetes recibieron medicamentos por dos o tres meses y seguimiento domiciliario y/o telefónico. Las embarazadas continuaron acudiendo a los CS, pero se les programaba las visitas para evitar reunir a muchos pacientes. Los programas de vacunación siguieron ofreciéndose a la población.

Algunos programas, como el de Desarrollo Infantil en menores de cinco años, fueron suspendidos para evitar que las mamás y sus pequeños acudieran al servicio de salud. Igualmente, el seguimiento de pacientes con tuberculosis en el CS de Ometepec.

Para el traslado de pacientes con saturación menor a 90, desde Ometepec se les trasladó en primera instancia al Hospital Regional. Otros pacientes fueron referidos a Acapulco, Chilpancingo y Ayutla. Desde San Luis Acatlán, el Departamento de Trabajo Social fungió como enlace para referir a pacientes al Hospital de Ometepec, a 45 minutos, o al general de Acapulco, a tres horas de distancia. Las muestras de PCR se llevaban hasta Marquelia y de ahí a Acapulco.

### ***Coordinación con otros sectores***

En las unidades de primer nivel de atención en la JS Acapulco, hubo coordinación con otras instituciones de seguridad social, con las cuales, sin importar la derechohabiencia, los pacientes fueron atendidos. Incluso el Hospital Naval abrió sus puertas para la hospitalización de enfermos de otras instituciones de salud. Con el Ayuntamiento de Acapulco también se coordinaron para la desinfección de espacios concurridos, como supermercados y tiendas. Igualmente recibieron el apoyo de líderes religiosos.

La gestora de calidad y el Comité de Salud apoyaron en la ubicación de pacientes con Covid-19 y dieron seguimiento a personas enfermas. Usaron oxímetros que compraron con sus propios recursos para tal fin. Con las escuelas de enfermería y de medicina, también hubo coordinación. Estas instituciones de salud acordaron mandar a sus estudiantes para que ayudaran en la atención de pacientes; a cambio, ellos hacían sus prácticas.

A nivel hospitalario, de los 14 hospitales generales que hay en el estado de Guerrero, ocho se reconvirtieron para atender a los enfermos de Covid-19, entre ellos los de Acapulco, Zihuatanejo, Tlapa, Taxco, Ometepec e Iguala. El Hospital General de Chilapa:

“Fue tomado por los militares para hacer un hospital Covid-19, entonces lo trabajan ellos” (funcionario responsable del primer nivel de atención a la salud de la JS).

El Ayuntamiento municipal de Iguala habilitó un Centro de Atención Médica Expandida en donde se pusieron camas para los enfermos y pidió asesoría al personal de salud de la JS para brindarles tratamiento.

En el municipio de Tixtla el personal de las unidades médicas mantuvo una estrecha comunicación con el área central de la JS y con el Ayuntamiento municipal para proveer de información a la población:

*“Con la finalidad de formar pues una unión fuerte, para poder hacer que la población estuviera convencida, estuviera concientizada y empoderada. Así es como venimos trabajando en contra de la transmisión de la enfermedad, enlazamos, informamos” (doctora de un CS rural).*

La JS estuvo en constante comunicación con el Hospital General de Chilpancingo, el hospital del IMSS y el hospital ISSSTE para colaborar y enviar a los enfermos de Covid-19 que ameritaban hospitalización.

El personal del CS urbano de Chilpancingo estableció una colaboración con el Ayuntamiento municipal para trasladar en ambulancia a los enfermos que llegaban con complicaciones respiratorias. Este Ayuntamiento tiene unas oficinas de salud municipal, en las que se cuenta con personal de medicina y de enfermería. El personal del CS urbano se coordinaba con este equipo para hacer las Brigadas de Promoción:

*“Unos días salíamos nosotros, otros días salían ellos; nos organizábamos para ir a todas las áreas de Chilpancingo para estar haciendo promoción, apoyándonos. Más que nada en las áreas que son mercados, las terminales, central de autobuses, paradas de transporte público, que es donde a lo mejor se aglomeraba un poquito de gente” (doctora de un CS urbano).*

Adicionalmente, el personal del Ayuntamiento acompañó con patrullas de la policía a los equipos de salud que salían a las brigadas, ya que recorrían colonias con problemas de inseguridad.

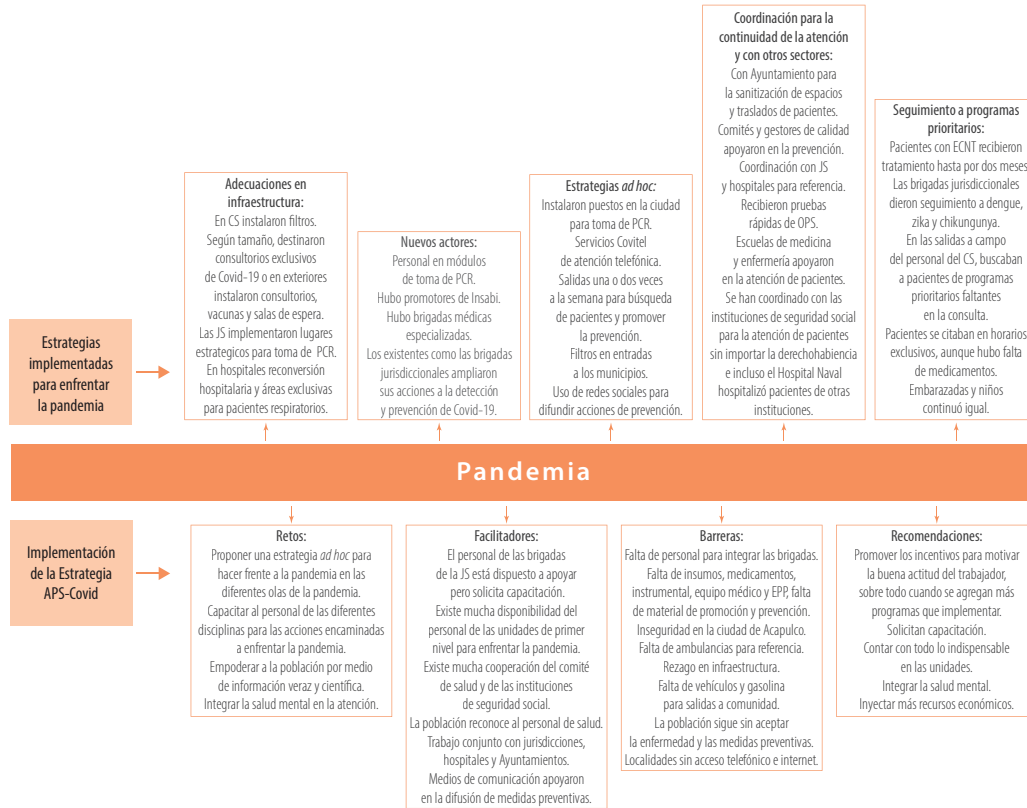
Respecto a la JS Costa Chica, otros actores involucrados en la atención a la pandemia fueron los sectores gubernamentales, eclesiástico y organismos internacionales como la OPS. Hubo una estrecha colaboración con los Ayuntamientos para implementar medidas de prevención mediante perifoneo, desinfección de espacios públicos, vehículos y centros comerciales. En este sentido, los presidentes municipales, los comisarios y los líderes en las comunidades fueron importantes aliados para que la población aceptara, por ejemplo, tomarse la prueba rápida. Los Ayuntamientos también apoyaron con el traslado de pacientes. Una vez a la semana la JS, el Comité de Salud y el Consejo Municipal de Salud analizaban la situación epidemiológica.

En los CS rurales hubo comunicación con el sector religioso para disminuir el aforo a eventos religiosos o cancelarlos. También se trabajó con el Comité de Salud y la policía protegió al personal sanitario de posible maltrato por parte de la población. La OPS donó a esta jurisdicción pruebas rápidas de Covid-19.

• Esquema 2.

**Gurrero**

**Estrategias innovadoras y retos para implementar la estrategia APS-Covid**



Respecto a la JS Costa Chica, otros actores involucrados en la atención a la pandemia fueron los sectores gubernamentales, eclesiástico y organismos internacionales como la OPS. Hubo una estrecha colaboración con los Ayuntamientos para implementar medidas de prevención mediante perifoneo, desinfección de espacios públicos, vehículos y centros comerciales. En este sentido, los presidentes municipales, los comisarios y los líderes en las comunidades fueron importantes aliados para que la población aceptara, por ejemplo, tomarse la prueba rápida. Los Ayuntamientos también apoyaron con el traslado de pacientes. Una vez a la semana la JS, el Comité de Salud y el Consejo Municipal de Salud analizaban la situación epidemiológica.

En los CS rurales hubo comunicación con el sector religioso para disminuir el aforo a eventos religiosos o cancelarlos. También se trabajó con el Comité de Salud y la policía protegió al personal sanitario de posible maltrato por parte de la población. La OPS donó a esta jurisdicción pruebas rápidas de Covid-19.

## Sistemas de información utilizados

En la JS Acapulco, a inicios de la pandemia, el Departamento de Epidemiología proporcionó formatos para capturar información de las salidas a campo, los cuales llenaban al identificar casos sospechosos. Dichos formatos se entregaban a dicha instancia, pero los entrevistados desconocían si existía un sistema especial de información en el estado que fuera utilizado para el control de pacientes; o bien, estadísticas estatales y jurisdiccionales especiales.

Esta apreciación coincidió entre los entrevistados de la JS Centro: ninguna persona entrevistada mencionó algún sistema de información utilizado, sólo se señaló que se realizaba un censo con los datos de las personas que habían enfermado de Covid-19.

De la misma manera, en la JS Costa Chica se comentó que diariamente se actualizaban los datos epidemiológicos mediante el sistema utilizado siempre, y se enviaba a nivel central.

## Retos identificados y recomendaciones de los entrevistados para implementar la Estrategia APS para Covid-19

En la JS Acapulco se identificaron acciones aisladas, locales, promovidas desde nivel de CS, realizadas de acuerdo con sus recursos y posibilidades; sin embargo, no se reconoció una propuesta jurisdiccional global, por lo que el reto a nivel estatal y jurisdiccional es identificar e implementar una estrategia para afrontar la pandemia, vencer las barreras de falta insumos y carencias de medicamentos, equipo y personal de salud.

Para hacer frente a las enfermedades crónicas señalaron tener información importante en sus tarjeteros, la cual podría servir para las brigadas propuestas por la Estrategia APS para Covid-19, pero para esto se requiere personal e insumos.

Por parte de la JS Centro se identificó lo siguiente:

### Retos

El principal reto para continuar con las brigadas es que el trabajo de la población es voluntario, es decir, sin remuneración económica por su labor:

“Es una forma de trabajar en la cual sí se generan puntos a favor, pero genera más puntos en contra. La población que tenemos nosotros, casi 60% era *Prospera*, entonces ellos estaban acostumbrados a que sí hacían las cosas, pero lo hacían porque tenía un fin de lucro, que era recibir un apoyo; entonces, cuando nosotros pedíamos apoyo en las colonias que había descacharrizaciones, que andábamos sacando todos los cacharros, había muy buena respuesta por la población. Desapareció el programa y pues lógicamente ya sabíamos lo que iba a ocurrir; ahorita pedimos apoyo, no recibimos apoyo de parte de ellas, ni de la demás gente, por lo mismo de que ya no están recibiendo un apoyo. A pesar de que saben todas las situaciones, saben de los temas, conocen qué puede pasar, hasta dónde puede llegar... no les interesa, hasta se escucha como algo loco, no les interesa lo que les pueda pasar, entonces, muy poca es la gente que apoya las estrategias” (promotor de salud de un CS rural).

Asimismo, el mayor reto del personal de salud ha sido convencer a la población, empoderarla:

“Nos falta mucha participación social, porque ello es la base, si la población no está consciente, no tiene conocimiento de lo que tenemos que hacer para nuestra salud individual y familiar, mucho menos está capacitada para la salud colectiva. Como servidores de salud también nosotros tenemos ese compromiso, elegimos ‘ser y hacer’, pues vamos a seguir con un reto no cumplido todavía y no nada más para la Covid-19, sino para todas las enfermedades que nos impactan y nos ocasionan muchos problemas de manera individual y afectan también nuestro desarrollo personal” (doctora de un CS rural).

### **Factibilidad**

Los CS urbanos y rurales, como pertenecen al primer nivel de atención, dan servicios de atención primaria a la salud, con un enfoque preventivo. En las unidades médicas que cuentan con personal de campo se realizan actividades para brindar atención básica fuera de los CS:

“Iniciamos brigadas que ya teníamos establecidas, pero no referente a la Covid-19. Teníamos brigadas de descacharrización, brigadas que hacíamos de vacunación. Igual como nosotros a primer nivel manejamos tanto campo como clínica, somos a veces un poquito más de campo que de clínica; entonces las brigadas siempre han sido parte de nuestra actividad laboral, el salir a promover el cuidado de la salud. Yo creo que va a seguir siendo parte de nosotros, que las brigadas van a seguir constante y que van a seguir funcionando como lo han hecho aquí. Entonces, las brigadas son de muy buena ayuda. Son una buena estrategia, para reforzar el conocimiento a la gente que no puede acudir a solicitar información a las unidades de salud” (enfermera de un CS rural).

## **Barreras y facilitadores para la implementación de acciones**

### **Barreras**

En la JS Acapulco se identificó un gran número de barreras para las acciones de APS. Las que de manera consistente se mencionaron tienen que ver con la inseguridad que prevalece desde hace ya varios años, lo que les impide realizar de manera segura y ampliar las visitas domiciliarias.

Tampoco cuentan con personal de salud suficiente y carecen de promotores de salud, por lo tanto, conformar las brigadas propuestas en la Estrategia APS para Covid-19 sería muy complicado. Que salgan casa por casa ahora se facilita porque bajó la demanda de consulta, pero en tiempos sin pandemia tienen mucha demanda y eso dificultaría las salidas a la comunidad.

Además, se comentó que existe carencia de medicamentos, especialmente para pacientes con diabetes e hipertensión arterial, lo cual motivó espaciar sus citas. Respecto a insumos para realizar acciones de promoción de la salud les faltó EPP. Ocasionalmente compraron oxímetros para atender pacientes sospechosos de Covid-19.

Tanto el personal de enfermería como los promotores jurisdiccionales no recibieron capacitación y no cuentan con material de promoción para la salud que les ayude a realizar acciones de búsqueda y prevención de la Covid-19:

“La capacitación es muy importante, porque yo pienso que nos tienen que explicar hacia qué nos vamos a enfrentar, qué es lo que vamos a hacer, qué vamos a reportar, cómo le vamos a hacer; todo y lo que es los insumos, son carteles, folletos, es muy importantes porque la verdad estar haciendo abogacía a veces sí es cansado y más de un programa que no es el nuestro” (promotora de la JS).



En el caso de la JS Centro se encontraron las siguientes barreras:

No todos los CS (urbanos y rurales) cuentan con personal médico, de enfermería y promoción de la salud para integrar brigadas. También tienen insuficiencia o falta de insumos:

“Nada más esperando pues que...nos sigan dotando, que no bajemos la guardia y que ojalá que a nivel federal nos siga dotando de material de protección para aquí, para las unidades de salud, porque sí como que se han olvidado de nosotros y no nos han dado material de protección” (doctora de un CS urbano).

Las personas de las localidades están acostumbradas a reunirse y a hacer celebraciones multitudinarias:

“Aquí Tixtla es un lugar de mucha costumbre, de mucha religión, entonces a la gente si le costó dejar de hacer sus eventos, y ahí entrábamos nosotros de manera constante para que no hubiera un gran número de personas que se contagiaron por la Covid-19” (enfermera de un CS rural).

El miedo al virus, porque los medios de comunicación transmitieron información errónea y alarmista. Se decía:

“Que el virus se transmitía por la ropa, en el aire...en ese entonces pues era un pánico tremendo” (responsable del primer nivel de atención a la salud).

Respecto a la información falsa que circuló por las redes sociales se menciona lo siguiente:

“Nosotros decíamos ‘es caso sospechoso’, ellos decían ‘ustedes quieren que todo sea Covid-19’. La gente con base en la información que empezó a ver en las redes sociales... se empezó a formar barreras. Pienso que ya no nos tenían la confianza por tanta mala información. Mucha gente ya no quería que les tomara la muestra, ya no quería asistir a las unidades de salud a atenderse, porque decían que inclusive que aquí nosotros teníamos el virus o que, si con la muestra nosotros íbamos a introducirles el virus; entonces todas esas barreras que empezaron a formar por falta de conocimiento, falta de una información veraz, empezó a ser una barrera para poder nosotros laborar” (doctora de un CS rural).

Otra de las barreras ha sido contar con los medios necesarios para dar seguimiento a los pacientes por vía telefónica:

“No nos han proporcionado hasta la fecha saldo telefónico. Es un pequeño problema con el que me he atorado porque a algunos compañeros les exijo que me tienen que ayudar, pero pues no nos dan saldo y con justa razón nos dicen ellos de que no les damos crédito para su celular y, pues yo lo pido y lo manifiesto a la Jurisdicción, pero aun así no nos dan el saldo” (doctora de un CS urbano).

Así como la dificultad de que la población comprendiera lo que estaba pasando:

“Hacer entender a la gente, aquí era muy incrédula, no creía en la pandemia, hasta la fecha hay mucha gente que no cree, salíamos a las calles a vocear, a perifonear que usaran el cubrebocas y había siempre apatía por parte de la comunidad, pero finalmente, posteriormente poco a poquito se logró, pero aun así hay gente que no, no cree, no porta el cubrebocas, ese es una, a lo que nos enfrentamos pues día con día” (doctora de un CS urbano).

Otra de las barreras ha sido que la información sobre el Covid-19 se ha dado en español y no en la lengua de las poblaciones indígenas; además, una limitante ha sido el lenguaje técnico que usa el personal de salud, pues la población desconoce los términos:

“Teníamos que buscar estrategias de cómo hacer entender a las personas, en el idioma o en la rama médica, porque hay palabras que luego, por ejemplo, aquí si dice diabetes, ‘¿cuál es la diabetes?’, ‘el azúcar’, ‘¡ah sí,

si tengo azúcar!; la hipertensión, '¿es hipertenso?', '¿qué es eso', 'que si padece de la presión pues'. O sea, tuvimos que buscar las palabras para que la ciudadanía nos entendiera más..., pero sí fue complicado, pero se hizo" (responsable del primer nivel de atención a la salud).

Asimismo, el no entender el lenguaje técnico que usa el personal de salud fue evaluado como ignorancia de la población:

"Las personas tuvieron miedo de nosotros pensando que nosotros ya éramos portadores por el simple hecho de llevar el uniforme" (enfermera de un CS rural).

En complemento, en la JS Costa Chica se encontraron las siguientes barreras:

El director jurisdiccional identificó como principales barreras el gran rezago en la infraestructura y el que la población no creyera en el Covid-19, con argumentos como "son cosas del Gobierno".

La población fue renuente a acatar las medidas de prevención sugeridas, así como a trasladar a sus familiares a hospitales para su atención:

"Las versiones que se manejaban ahora sí que los íbamos a mandar al hospital y en el hospital los iban a matar ... y sí, porque el paciente cuando bajaba al hospital ya iba muy complicado, ya no había mucho que ofrecerles" (directora CS rural).

Al respecto del rechazo de la población hacia el personal de salud:

"La población rechazó mucho al personal de salud, no quería abrir la puerta, les decían groserías y pensaban que todo esto era político" (psicólogo del hospital de San Luis Acatlán).

Asimismo, se mencionó lo siguiente:

"Nos insultaban en su idioma y nosotros no entendíamos... luego nos cerraban las puertas en la cara o le digo que inclusive nos tocó un señor que nos amenazó que nos iban a encerrar porque esta enfermedad no existía que nada más nosotros andábamos matando a la gente" (promotora del hospital San Luis Acatlán).

En cuanto al accionar de las brigadas, su operatividad se vio afectada por falta de recursos económicos para comprar combustible y pago de viáticos para alimentos al personal de salud.

Otras barreras están relacionadas con la tecnología. Por ejemplo, se destacó que en los CS rurales no hay buena señal de telefonía celular. También el acceso a comunidades dispersas y distantes se torna difícil por los caminos de terracería y el rezago en infraestructura de vías de comunicación.

Otros desafíos que tiene el personal de salud se encuentran en las dificultades para atender a población rural e indígena, en su mayoría bilingües (español-mixteco), así como integrar a la prevención de Covid-19 la de enfermedades transmisibles como dengue o zika e incorporar la atención de la salud mental a la estrategia de APS

### **Facilitadores**

En la JS de Acapulco señalaron que la comunidad ya conoce al personal de salud. En ocasiones los acompañan e incluso les previenen cuando identifican riesgo de inseguridad. Los integrantes de los comités de salud son un gran apoyo para muchas acciones de prevención y seguimiento de pacientes de programas prioritarios.

Por otro lado, cuentan con información en sus tarjeteros de control, que en su caso pueden servir para dar seguimiento domiciliario a pacientes de los programas prioritarios.

Se identifica compromiso, entrega y solidaridad del personal de salud, lo cual se puede usar para realizar acciones de APS:

*“La Covid-19, pues la verdad, que es algo que sí nos vino a dar, la verdad como que un cambio muy drástico, pero también nos ha, la verdad, nos ha enseñado de que pues podemos dar un poquito más” (doctora de un CS rural).*

En la JS Centro se encontraron aspectos semejantes. Un facilitador puede ser que la población ya sabe que la pandemia es un hecho y pese a sus dudas y temores existe:

*“La gente, de una u otra manera, se encontraba informada del problema de salud pública que nos venía a nivel mundial y las medidas de prevención básicas, pues ya sabían al menos de manera teórica” (doctora de un CS rural).*

En este sentido, la difusión hecha por los medios de comunicación también se vislumbra como un posible facilitador para la Estrategia APS para Covid-19, ya que al difundir reiteradamente cuáles son las medidas sanitarias de protección, así como cuáles son los grupos de riesgo, apoyan en realizar medidas preventivas para evitar contagios de Covid-19.

En la JS Costa Chica un facilitador es la disposición del personal de salud para enfrentar la pandemia a pesar del temor a contagiarse, del estrés y la falta de incentivos para realizar su trabajo. También lo son la experiencia obtenida en el trabajo conjunto con otras instancias como Ayuntamientos, la coordinación entre jurisdicción, hospitales y CS.

## Recomendaciones de los entrevistados

Para JS de Acapulco:

- Promover incentivos para motivar al personal de salud. Esto es necesario cuando se trata de implementar nuevas estrategias.
- Capacitar principalmente al personal de enfermería y a los promotores tanto para enfrentar la pandemia como para atender nuevos programas.
- Dotar de todos los recursos necesarios para alcanzar los objetivos planteados con esas estrategias.

*“Yo, mi opinión es que se nos capacite, que se nos dé papelería suficiente y créame que nosotros vamos a seguir con el trabajo, nos encanta nuestro trabajo. Yo llevo años haciéndolo, es un trabajo muy loable, te ayuda, te abre puertas, te satisface cuando llevas a cabo algo que dices tú ‘lo logré, salí adelante, con esto lo hicimos” (promotora de la JS).*

Para salir a trabajo de campo y para la atención de pacientes, los entrevistados recomendaron que se les dote de EPP, insumos, equipo médico y material para hacer promoción de la salud.

### Para la JS Centro:

Para las brigadas: Es necesario que la Estrategia APS para Covid-19 vaya acompañada de acciones de promoción de la salud, de información a la población y de recursos destinados a la contratación de promotores de salud de las mismas localidades que se encarguen de capacitar a la población en su lengua materna y de motivar a sus coterráneos a colaborar en las actividades:

“No es la brigada solita, tiene que haber un acompañamiento de perifoneo, tiene que haber un acompañamiento de sanitización, búsqueda intencionada, tratamiento y unidades capacitadas alrededor de esa manzana o esa localidad. Si empezamos la búsqueda intencionada de embarazadas (que ya lo estamos haciendo de otra manera, a lo mejor con no tanta intensidad)... pero si buscamos embarazadas así con brigadas pudiéramos encontrarlas de una manera más oportuna, sobre todo en las áreas indígenas, lo tropicalizaríamos para...dependiendo del padecimiento, necesitaría que todas mis unidades al 100%, tengan mínimo un promotor de salud. Mínimo un promotor, independientemente de la enfermera y del médico, porque ahorita al sacar al médico y la enfermera al brigadeo provocó que el Centro de Salud, los cierre. Cuando lo ideal debería ser que hubiera un promotor por cada núcleo básico. Y yo focalizaría que fuera un promotor de la propia localidad, alguien que la misma comunidad le exigiera, alguien que hable, que lo conozcan que haya confianza, que hable la lengua en caso de ser necesario. Y de la capacitación nos encargamos nosotros, lo único que queremos es que cuando menos tenga secundaria para que puedan leer y escribir y poder anotar, que es muy importante” (responsable del primer nivel de atención a la salud).

Para capturar los datos de la población registrada mediante las brigadas se necesitan formatos sencillos porque:

“El documento no es nada amigable en cuanto a formatos. Si estos formatos se hubieran aplicado como nos los estaban pidiendo, se tardaría la gente como un día por cada casa. Tuvimos que adaptar nosotros el formato para ver qué tipo de síntomas... para que el médico de la unidad los valorara y dijera. Era muy necesario identificarla y con S y con N no se podía, entonces tuvimos que empezar a ponerle una clave a diferentes síntomas y no nada más los síntomas que venían en la definición operacional de caso, teníamos que ver lo que estaba manifestando la gente; porque déjeme decirle que nos quedamos cortos en la definición operacional de caso, por los síntomas secundarios que hay” (responsable del primer nivel de atención a la salud).

Para personal de salud: Los entrevistados recalcaron el trabajo que están realizando desde el inicio formal de la pandemia a pesar de las condiciones de precariedad. Con relación a los recursos humanos y materiales:

“Necesitamos recurso humano, necesitamos insumos, o sea, recursos materiales para poder nosotros trabajar y llegar a impactar a la población, de nada sirve, tal vez tener el conocimiento como yo le decía, si no lo sabemos aplicar, ¿no? No lo sabemos hacer llegar a las personas y que estas mismas tengan una participación social, un empoderamiento, que comprendan la enfermedad. Tener personal capacitado, con mayor información científica, o sea teórica, práctica, entonces creo que vamos a poder impactar un poquito más, ante esta enfermedad que definitivamente a mi punto de vista está muy difícil erradicarla” (doctora de un CS rural).

### En la JS Costa Chica:

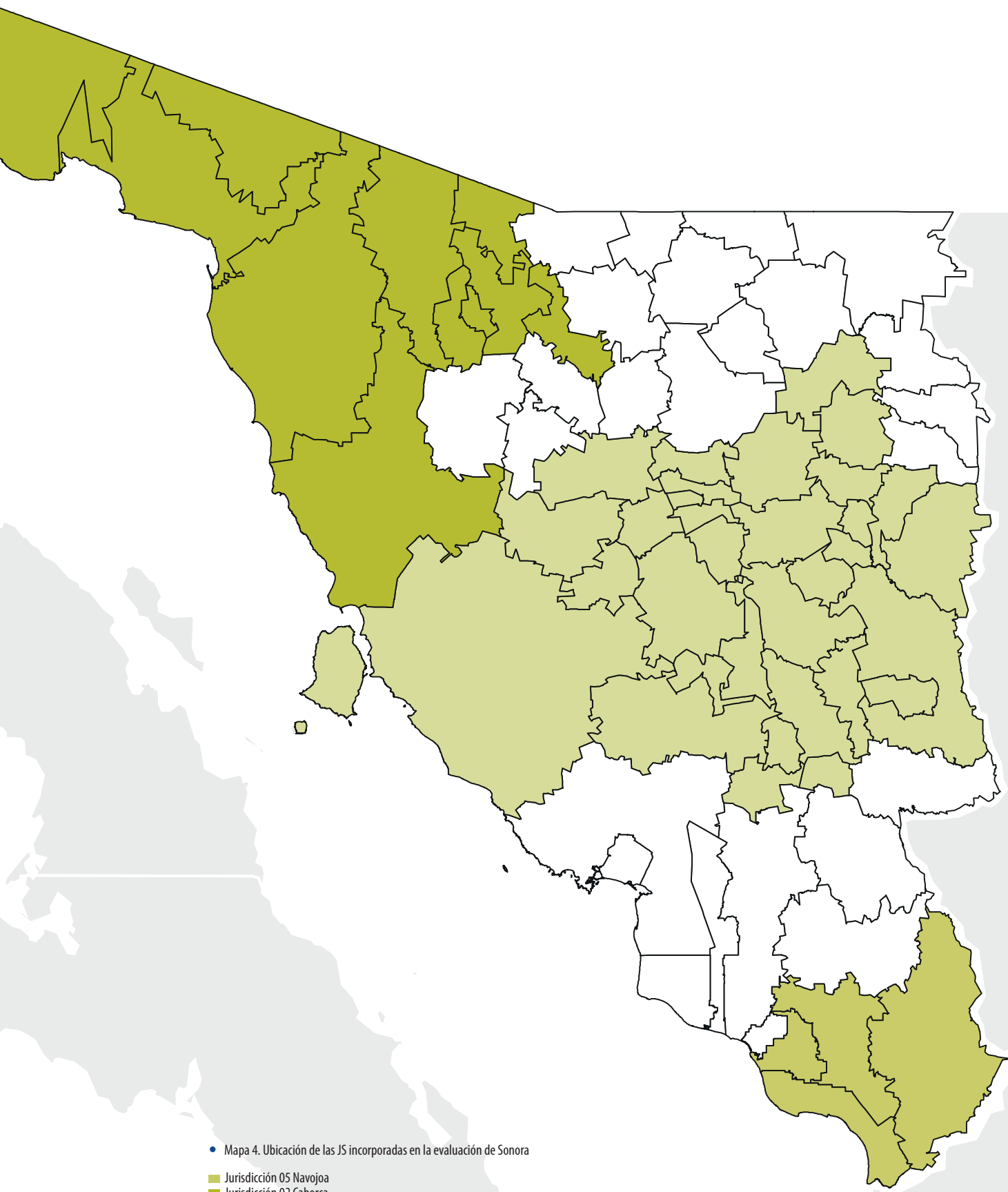
Se recomendó continuar con el accionar de las brigadas y adecuar la Estrategia APS para Covid-19 a las condiciones locales de la jurisdicción.

- Realizar adecuaciones interculturales a los servicios asistenciales y tomar en cuenta la diversidad étnica y lingüística.
- Sensibilizar y capacitar a todo el personal en interculturalidad en salud, así como en violencia de género. Integrar a la Estrategia APS para Covid-19 la atención de la salud mental y enfermedades transmisibles como dengue y zika, muy frecuentes en la región.
- Gestionar la dotación de vehículos y su mantenimiento; gasolina y viáticos para el personal que hace trabajo comunitario y mejorar el trabajo comunitario en las comunidades alejadas, rurales, sin buena conexión.

# Sonora

Ubicado al noreste de México, Sonora es el segundo estado más extenso del país con 179 503 m<sup>2</sup> repartidos en 72 municipios. El censo de 2020 reportó que tenía una población de 2 882 628 habitantes. Viven en su territorio pueblos indígenas como los mayos, los yaquis y los seris, además de otras etnias que migran para trabajar en los campos de cultivo. Destaca que 60 310 personas hablan una lengua indígena, lo que representa 3% de la población. Las lenguas más frecuentes son el mayo (46.4%) y el yaqui (26.6%). Respecto a su organización sanitaria, cuenta con cinco JS: Hermosillo, Caborca, Santa Ana, Ciudad Obregón y Navojoa (mapa 4).

Para el análisis de sistematización de datos, la entidad únicamente envió la información referente al año 2020.



• Mapa 4. Ubicación de las JS incorporadas en la evaluación de Sonora

- Jurisdicción 05 Navojoa
- Jurisdicción 02 Caborca
- Jurisdicción 01 Hermosillo

## Estructura y Organización

*Distribución de unidades totales y unidades de salud participantes con acciones contra la Covid-19 por jurisdicción y año.* El estado contaba con 188 unidades de salud distribuidas en las tres JS, 71 de las cuales correspondieron a la JS de Hermosillo. El cuadro XIII muestra las unidades que reportaron acciones contra la Covid-19.

• Cuadro XIII. Distribución de unidades totales y unidades participantes con acciones contra la Covid-19 por JS. Sonora, 2020

Infraestructura	Hermosillo (I)	Caborca (II)	Navjoa (V)	Total
	n	n	n	N
Unidades totales en cada JS	71	55	62	188
Unidades de cada JS incluidas con acciones para Covid-19	2	1	6	9

*Distribución del personal de salud según tipo de organización, nivel de pertenencia y perfil por jurisdicción y año.* Los equipos de salud y las brigadas sanitarias se distribuyeron de manera similar a nivel jurisdiccional y CS. Las brigadas comunitarias aparecen en la JS Hermosillo (cuadro XIV).

Del total de 115 trabajadores de la salud, predominó el personal de enfermería (67) y el médico (38), así como 10 promotores de salud.

• Cuadro XIV. Distribución del personal de salud según tipo de organización, nivel de pertenencia y perfil por jurisdicción. Sonora, 2020

	Hermosillo (I)	Caborca (II)	Navjoa (V)	Total
	n	n	n	N
<b>Jurisdiccional</b>				
Equipos de salud	1	3	1	5
Brigadas de salud	2	0	1	3
<b>Centro de Salud</b>				
Equipos de salud	1	3	0	4
Brigadas de Salud	2	0	0	2
<b>Comunitario</b>				
Brigadas comunitarias	5	0	0	5
<b>Distribución del personal de salud según perfil profesional</b>				
Promotores de salud	2	8	0	10
Personal de salud por unidad (médicos)	25	3	10	38
Personal de salud por unidad (enfermería)	48	3	16	67



*Existencia de plan de trabajo y organización de acciones realizadas por nivel.* Este rubro fue variable (cuadro XV).

*Documentos y sistemas/fuentes de información.* Se reportó la consulta de 10 documentos, todos de nivel federal y estatal, entre los que destacan dos: Estrategia de promoción de la salud, prevención, atención y mitigación de la Covid-19 en el marco de la atención primaria de la salud y Lineamientos generales para la mitigación y prevención del Covid-19 en espacios públicos y cerrados. Respecto a las fuentes de información, se menciona el uso de ellas. Destacó el empleo de la plataforma Sisver.

• Cuadro XV. Existencia de plan de trabajo y organización de acciones realizadas por nivel. Sonora, 2020

	Hermosillo (I)	Caborca (II)	Navojoa (V)
<b>Plan de Trabajo</b>			
Jurisdiccional/Municipal	Sí	-	-
Centro de Salud	-	Sí	Sí
<b>Acciones realizadas a nivel</b>			
Coordinación	-	Sí	Sí
Supervisión	-	Sí	-
Monitorización	Sí	Sí	Sí
Registro de actividades especiales	Sí	-	Sí
<b>Frecuencia de acciones realizadas</b>			
Coordinación	-	Diario	Diario
Supervisión	-	Diario	-
Monitorización	Diario	Diario	Semanal
Registro de actividades especiales	Semanal	-	Diario
<b>Existencia de registros de acciones realizadas</b>	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>

*Distribución de unidades de salud según tipología por JS.* El estado contaba con 284 unidades para las tres JS participantes, distribuidas en cinco tipologías principales: Unidades Rurales, Unidades Móviles, Unidades Urbanas, Casa de Salud y Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud. La mayoría de estas unidades (45%) fueron del tipo de Casa de Salud (cuadro XVI).

• Cuadro XVI. Distribución de unidades de salud según tipología por JS. Sonora, 2020

Tipología	Hermosillo (I)		Caborca (II)		Navojoa (V)		Estatal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Casa de Salud	46	(39.7)	17	(53.1)	66	(48.5)	129	(45.4)
Centro de Salud con hospitalización	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud (caaps)	1	(0.9)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.4)
<b>Rural</b>	19	(16.4)	5	(15.6)	54	(39.7)	78	(27.5)
01 Núcleo básico	19	(100.0)	5	(100.0)	51	(94.4)	75	(96.2)
02 Núcleos básicos	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(5.6)	3	(3.8)
<b>Unidad móvil</b>	2	(1.7)	1	(3.1)	5	(3.7)	8	(2.8)
<b>Urbano</b>	48	(41.4)	9	(28.1)	11	(8.1)	68	(23.9)
01 Núcleos básicos	32	(66.7)	6	(66.7)	2	(18.2)	40	(58.8)
02 Núcleos básicos	4	(8.3)	2	(22.2)	4	(36.4)	10	(14.7)
03 Núcleos básicos	3	(6.3)	0	(0.0)	1	(9.1)	4	(5.9)
04 Núcleos básicos	2	(4.2)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(2.9)
05 Núcleos básicos	1	(2.1)	0	(0.0)	2	(18.2)	3	(4.4)
06 Núcleos básicos	2	(4.2)	1	(11.1)	2	(18.2)	5	(7.4)
07 Núcleos básicos	1	(2.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.5)
08 Núcleos básicos	2	(4.2)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(2.9)
10 Núcleos básicos	1	(2.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.5)
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>(100.0)</b>	<b>32</b>	<b>(100.0)</b>	<b>136</b>	<b>(100.0)</b>	<b>284</b>	<b>(100.0)</b>

Porcentajes en relación con el total por jurisdicción

Se tomaron en cuenta únicamente los CS en operación pertenecientes a los Sesa, aunque se excluyeron las Uneme CS con Clues CLSSA000214 está identificado como "RURAL DE 1 NÚCLEO BÁSICO", y a su vez se reconoce como un estrato URBANO  
Fuente: Información obtenida del Catálogo Clues de la DGIS, octubre de 2020

## Indicadores

Para diciembre de 2020 el porcentaje de consultorios para la atención de Covid-19 y de personal de salud capacitado fue variable. En ambos indicadores, el menor porcentaje estuvo en Hermosillo, le siguió Caborca y el más alto para Navojoa. La razón paciente Covid-19 por médico general y especialista fue menor a cinco en Navojoa, pero en la JS Caborca llegó a 50 y a más de 150, respectivamente.

El porcentaje de casos sospechosos a los que se les dio seguimiento confirmatorio para Covid-19 fue 100% en Caborca, 50% en Hermosillo, Navojoa registró el porcentaje menor, 33%. Un bajo nivel de personas usuarias con solicitud de prueba Covid-19 se registró en las JS (por debajo de 10%), lo que también ocurrió con las asesorías en torno al proceso de atención y cuidados preventivos de la Covid-19. Respecto a las personas en las JS con ECNT, se reportaron porcentajes muy bajos (menores a 2%) de usuarios de los servicios de salud, al igual que en

torno a la detección de personas con alto riesgo para Covid-19. Una de cada tres embarazadas sospechosas de Covid-19, usuarias de los servicios de salud de las JS de análisis, obtuvo resultado positivo. En dichas JS, específicamente en Navojoa, cerca de 13% de personas usuarias presentaron signos de alarma. En Caborca fue de 6%. Finalmente, respecto a la vacunación, el dato se obtuvo para la JS de Caborca, donde se observó 55.3% de personas con verificación de esquema de vacunas actualizado.

La JS que concentró el mayor número de casos en 2020 fue Caborca, con 21 por cada 1 000 habitantes; la menor tasa se presentó en Navojoa, con dos casos por cada 1 000 pobladores. Se observó también un bajo porcentaje de pruebas Covid-19 entre la población: a 5% en todas las JS. La letalidad más alta se presentó entre la población con Covid-19 de Navojoa, con 129 defunciones por cada 1 000 casos positivos, la más baja ocurrió en Hermosillo, con 22 fallecimientos por cada 1 000 casos. La tasa bruta de mortalidad fue baja en las JS de las que se recibió información, siendo la máxima de una muerte por cada 1 000 habitantes en las localidades de esas JS, datos mostrados en el cuadro XVII.

• Cuadro XVII. Indicadores Covid-19. Sonora, 2020\*

Indicador	Sonora		
	Hermosillo (I)	Caborca (II)	Navojoa (V)
1 Porcentaje de consultorios en atención a Covid-19	6.3	23.8	59.2
2 Porcentaje de personal médico capacitado para atención a Covid-19	8.6	20.6	87.1
3 Porcentaje de personal de enfermería capacitado para atención a Covid-19	8.1	20.0	77.8
4 Porcentaje de personal promotor de salud capacitado para Covid-19	10.9	33.3	100
5 Porcentaje de ocupación hospitalaria por Covid-19	-	-	-
6 Razón pacientes Covid-19 por médico general	24.7	50.4	3.7
7 Razón pacientes Covid-19 por médico especialista	51.3	151.2	4.3
8 Tasa bruta de casos Covid-19	8.7	21.0	2.4
9 Porcentaje pruebas en usuarios Covid-19	1.4	4.2	0.0
10 Tasa de letalidad por Covid-19	22	47	129
11 Tasa de mortalidad Covid-19	0.2	1.0	0.3
12 Porcentaje de casos Covid-19 en seguimiento	49.7	100	33.1
13 Porcentaje de personas usuarias con solicitud de prueba Covid-19	-	8.8	0.3
14 Porcentaje de personas usuarias con asesoría (explicación de proceso de atención y cuidados preventivos)	-	8.8	0.0
15 Porcentaje de personas con enfermedades crónicas no trasmisibles	-	0.8	1.5
16 Porcentaje de personas con alto riesgo para Covid-19	10.8	2.0	0.2
17 Porcentaje de embarazadas sospechosas que resultaron positivas a Covid-19	37.9	34.0	35.7
18 Porcentaje de personas usuarias con signos de alarma	0.9	6.0	13
19 Porcentaje de personas usuarias con Covid-19 referidas	-	-	-
20 Porcentaje de personas con verificación de esquema de vacunas actualizado	-	55.3	-

\* Los datos se solicitaron con fecha de corte diciembre de 2020

Las tasas se calcularon por 1 000 habitantes

Los espacios con guion (-) significan que los datos no fueron reportados

Fuente: Datos del Sinerhías, del Sisver y del Censo 2020

## Fuentes de información utilizadas

Respecto a los recursos humanos, Sonora utilizó datos a partir del Sinerhías, el cual reporta personal e infraestructura. Otra fuente de información es la plataforma del Sisver, del Sinave, que recupera los casos de Covid-19, así como registros de mortalidad, morbilidad y atención y pruebas de Covid-19.

Para la obtención de la información cualitativa el estado de Sonora se entrevistó en total a 22 actores clave. Los entrevistados corresponden a los diferentes niveles de la estructura jerárquica jurisdiccional, a personal médico, de enfermería y promotores sanitarios de los diversos CS (cuadro XVIII).

• Cuadro XVIII. Número de actores entrevistados por nivel jerárquico y tipo de personal. Sonora

Nivel	Total de entrevistas por nivel	Tipo de personal
Nivel estatal de planeación y encargos en JS	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Director jurisdiccional</li> <li>• Encargos de nivel jurisdiccional</li> </ul>
CS	17	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal médico (8)</li> <li>• Personal de enfermería (8)</li> <li>• Promotores (1)</li> </ul>
Otros	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal administrativo</li> </ul>
<b>Total</b>	<b>22</b>	

La muestra de Sonora ofrece un panorama del problema estudiado desde distintos actores sociales, ubicados en diversas instancias de la estructura organizativa de los servicios de salud. De ahí la riqueza de sus opiniones y sugerencias, en tanto cuentan con experiencias distintas de las actividades y problemas que enfrentan para desarrollar acciones médicas y de promoción a la salud. El personal entrevistado presenta también heterogeneidad. Se abordó tanto a profesionales con amplia experiencia, como a otros recién egresados e integrados a los servicios con contratos para atender Covid-19.

Destaca que se entrevistó a personal de salud de servicios ubicados tanto en la capital del estado, Hermosillo, como los centros Arena Anticipa y Salud Centinela Domingo Olivares (JS I), así como a trabajadores de los CS de Altar, del poblado rural Miguel Alemán II, de las localidades de Pitiquito y Oquitoa (JS II) y de Etchojoa (JS V).

Altar, localizado en el desierto de Sonora, se ubica al noroeste de la entidad y colinda con Estados Unidos. Su cabecera municipal y localidad más poblada es el pueblo de Altar, habitado por 9 578 personas. Etchojoa, Pitiquito y Oquitoa y Miguel Alemán II son centros que atienden a población rural; sin embargo, se distinguen por su complejidad. Este último cuenta con mayor personal y servicios. Laboran en él dos médicos, ocho enfermeros y cuentan con servicio de atención de violencia hacia la mujer, psicología, vacunación, programa de equidad de género, farmacia, trabajo social y guardería. Posee también un área de observación con cinco camillas.

Etchojoa es uno de los siete pueblos que conforman la etnia mayo. Cuenta con 9 710 habitantes y está ubicado en el sur del estado.

El municipio de Pitiquito se encuentra al noroeste del territorio sonorense, sobre la costa del golfo de California. Su cabecera es la población de Pitiquito, con 9 236 habitantes. A la llegada de los españoles, este lugar estaba poblado por las tribus Pima y Pápago. La vida económica de municipio está ligada a la ciudad de Caborca, separada a 10 km de carretera.

El municipio de Oquitoa se encuentra igualmente en el noroeste del estado y su cabecera es la población de Oquitoa. Cuenta con 443 habitantes, según el Censo de Población y Vivienda de 2010.

Por último, el poblado Miguel Alemán se localiza en el noroeste, a 65 km hacia el oeste de la ciudad de Hermosillo. Debido a que su principal actividad económica es la agricultura, una buena parte de los jornaleros agrícolas que conforman su población provienen de distintos estados de la República, como Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla y Veracruz, además de habitantes locales.

Según el Censo de 2010, en la Comisaría habitan cerca de 40 449 habitantes, distribuidos en 372 localidades, de los cuales 76% (30 869) se asienta en el poblado Miguel Alemán. Se estima que anualmente llegan alrededor de 35 000 jornaleros a trabajar en 200 campos agrícolas, lo que ha generado el desarrollo de asentamientos en condiciones de marginación y pobreza. La localidad de Miguel Alemán figura como Zona de Atención Prioritaria, según el Diario Oficial de la Federación (DOF) en 2010. En esta localidad existe un gran número de población indígena. El segundo Censo de Población y Vivienda de 2005 identificó a 1 483 personas de cinco años y más hablantes de alguna lengua indígena, cifra que aumentó en 2010 con 2 050, lo que representa 7.6% de la población de cinco años y más. Las lenguas que sobresalen son triqui, mixteco y zapoteco.

El grupo que más destaca son los triquis, tanto en términos demográficos como en el arraigo de sus tradiciones y organización social basada en mayordomías, quienes gestionan recursos y servicios ante las autoridades locales. Existen diversas organizaciones indígenas que agrupan a las distintas etnias, según información de la entonces Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) en 2011.

## Respuesta a la pandemia: Organización general

Cada una de las unidades de salud mencionadas se ubican en distintos escenarios, ya sea urbano o rural, y presentan sus propios grados de complejidad, por lo que deben afrontar diferentes problemas sociosanitarios. Algunos son de creación reciente, como el centro Anticipa Arena, instalado en junio de 2020 para la atención exclusiva de Covid-19, o reconvertidos a Centros Centinela, como el CS Domingo Olivares y el CS Miguel Alemán, ubicado en la localidad homónima.

El Programa Anticipa es impulsado por el gobierno estatal para afrontar la Covid-19. Este programa tiene como principal objetivo “la búsqueda de casos sospechosos y previene que las personas propensas a complicaciones lleguen en estado de deterioro por atención médica con altas probabilidades de necesitar cuidados hospitalarios”. Se trata de una estrategia de mitigación, prevención y atención a la Covid-19 con enfoque de APS.

Otra acción que se lleva a cabo es la búsqueda de casos a través de un *call center*. Con llamadas de forma aleatoria, se realiza un cuestionario médico para descartar que la persona presente síntomas y, en caso de dar positivo a varias preguntas, se refiere a atención presencial.

## Infraestructura actual. Adecuaciones realizadas ante la pandemia

Se encontraron adecuaciones de distinto tipo, según la unidad. Así, el CS Anticipa Arena Sonora, en el centro de Hermosillo, se creó al adecuar las instalaciones de un gimnasio. El CS Domingo Olivares, ubicado en la misma ciudad, fue reconvertido a Centro Centinela, al igual que el CS Miguel Alemán. Este último dejó de ser Centinela en octubre de 2020.

En los CS más pequeños también se realizó una redistribución de los espacios. Se colocaron filtros en la entrada y señalamientos de rutas para orientar a los pacientes según sus demandas de consulta, así como para separar a los pacientes sospechosos. Se acondicionaron consultorios exclusivos para la atención de este tipo de pacientes. Se implementaron igualmente medidas de desinfección en los consultorios luego de atenderse a los pacientes.

### Recursos humanos

Al inicio de la pandemia por Covid-19 el personal de salud recibió diversas capacitaciones en línea que les permitieron conocer la enfermedad y las medidas de prevención tanto para el personal médico, como para la población.

Se reclutó a personal médico y de enfermería mediante contratos Covid-19, un tipo de contrato que se renueva cada tres meses y, según lo indicado por una enfermera que labora en el CS urbano Arena Sonora desde junio de 2020: “está muy bien el salario”.

En los CS rurales, en cambio, no existió la posibilidad de contratar personal sanitario y se atendió la emergencia sanitaria con su misma plantilla. Varios de las y los entrevistados se contagiaron y transitaron la enfermedad con síntomas leves. Uno de los promotores adoptó recursos tradicionales, como es el uso del temazcal, para aminorar los síntomas de la enfermedad.

### Acciones realizadas para implementar la Estrategia APS para Covid-19

#### *Acciones comunitarias*

Brigadas de Epidemiología Covid-19

Estas brigadas tienen como principal objetivo los procesos de vigilancia epidemiológica pasiva y activa mediante la búsqueda de casos. Sus principales acciones son:

- Realizar vigilancia epidemiológica de casos sospechosos.
- Asegurar el monitoreo de casos confirmados por 14 días o más hasta su recuperación.
- Realizar acciones para la disposición oportuna de resultados de laboratorio para los casos sospechosos en seguimiento.
- Realizar los estudios de contactos y su seguimiento por 14 días.
- Realizar estudios de brote de Covid-19, seguimiento y conclusión.
- El personal deberá conocer y/o participar en la operación del Centro de Atención Telefónica y realizar monitoreo de medios.
- Apoyar en los procesos de vigilancia pasiva de Covid-19 en unidades de salud.

La brigada dedicada a la toma de muestra está compuesta de dos personas: una realiza las funciones de chofer y ayudante para la toma de muestra completando el estudio epidemiológico de casos. La otra toma la muestra al caso sospechoso.

#### *En el CS*

Centros Centinela. Están ubicados en las cinco JS sanitarias con personal capacitado en la detección de la Covid-19. Existen 17 centros o unidades Centinela para la atención de personas sospechosas y que no cuentan con servicio médico. Están ubicados en Hermosillo (3), Caborca,

Nogales, Magdalena, Santa Ana, Cananea, Agua Prieta, Guaymas, Ciudad Obregón (2), Navojoa, Huatabampo y San Luis Río Colorado.

De acuerdo con la sintomatología del paciente se determina su manejo. Si no presenta síntomas graves, se indica el aislamiento domiciliario y se les da seguimiento a través de las Brigadas de Epidemiología (Gobierno del estado de Sonora, 2020).

Centros Anticipa. Existen 19 centros Anticipa en el estado. Estos centros realizan pruebas PCR, pruebas rápidas, ofrecen atención médica a casos sospechosos y entregan medicamentos y oxímetros a las personas positivas. El Centro Anticipa Arena Sonora es uno de ellos. Cuenta con tres turnos y no realiza trabajo en la comunidad. Las pláticas sobre la forma de prevenir contagios, así como de los cuidados que requieren las personas enfermas y sus familiares cercanos, como aislamiento y monitoreo de síntomas, son ofrecidos por el personal de enfermería, según lo dicho por una de las entrevistadas. Este personal también da seguimiento telefónico a los pacientes positivos.

### ***Seguimiento de programas prioritarios***

La atención ofrecida a pacientes de programas prioritarios continuó con ciertos cambios en su organización:

*“Entonces hemos tratado de no soltar la mano a ese seguimiento y, sobre todo, el sabernos adaptar en el transcurso de las circunstancias que se nos pueden presentar, sin perder la naturaleza o el objetivo de cada uno de los programas. Me parece algo importantísimo darle seguimiento con pandemia, incluso, a aquello que se nos vaya agregando como consecuencia propia del Covid-19” (personal médico de un CS urbano).*

Al inicio de la pandemia en algunos CS se solicitó a los pacientes que ya no asistieran a consulta por su seguridad. El seguimiento se daba vía telefónica y se les llevaba el medicamento a su domicilio. En Altar se reportó desabasto de medicamento para enfermedades crónicas.

Tratándose de pacientes que padecen diabetes, el personal de enfermería llamaba al paciente un día antes para avisarle que lo visitaría al día siguiente, temprano, para tomar su muestra de glucosa y luego dejarle el medicamento. En otros servicios, se espaciaron las consultas cada dos meses.

El control de mujeres embarazadas se siguió realizando con los cuidados pertinentes del personal de salud para evitar algún contagio. Sin embargo, la población ha dejado de acudir a los CS por temor a infectarse. La enfermera de Altar entrevistada, a cargo del programa de vacunación, comentó que las madres ya no llevaron a vacunar a sus hijos. En otros servicios, hubo sobre demanda de la vacuna para la influenza.

El seguimiento de los pacientes reforzó la utilización de las redes sociales a través de grupos de *WhatsApp* o de forma individual con la/el paciente.

### ***Coordinación con otros sectores***

Los CS mantuvieron su coordinación con distintas instancias gubernamentales de salud, con la JS y, en particular, con las brigadas, para reportar a pacientes sospechosos, se les solicitó que acudieran a su domicilio para hacerles la prueba. Se coordinó con los hospitales el envío de pacientes graves. La falta de vehículos en las unidades fue subsanada en ciertos casos por la Cruz Roja, como ocurrió en Altar.

El Ayuntamiento fue un actor social importante. Los servicios de salud gestionaron con ellos acciones colaborativas en tareas de promoción y prevención. Esta instancia de Gobierno puso a disposición personal y vehículos para hacer perifoneo y trasladar a hospitales a algunos pacientes que empeoraban. También ayudó mediante la compra de equipos de protección para el personal de salud, material y equipamiento para desinfectar espacios públicos e insumos como cubrebocas y gel antibacterial que se repartieron en sitios de taxis, mercados y puestos de comida. Igualmente se tomó medidas para evitar aglomeraciones.

Los regidores de salud tuvieron una participación muy activa al afianzar ante la emergencia vínculos ya establecidos con los CS. En algunas localidades, como en Pitiquito, el Ayuntamiento ofreció dispensas a las personas enfermas de Covid-19, con el fin de evitar que salieran de sus hogares para abastecerse de alimentos.

Aquellos servicios ubicados en localidades con campos de cultivo establecieron un trabajo conjunto con los dueños de estos para ofrecer pláticas de prevención y atención médica a sus trabajadores. En estos casos, el personal de salud se trasladaba hasta el campo con un vehículo del patrón. Al respecto, las autoridades estatales mencionaron que, debido a la prohibición de salir de los campos, la población jornalera no fue contagiada y no se produjeron brotes.

El trabajador social del CS Miguel Alemán, con 10 años de experiencia en el servicio, posee una amplia experiencia en el trabajo de promoción con población indígena, especialmente con la población triqui. Él mismo es triqui y hablante de la lengua. Los buenos vínculos con las autoridades locales (mayordomos), así como con curanderos y parteras tradicionales, favorecieron a que la población recibiera información tanto en español como en triqui y aceptara el uso de cubrebocas y gel antibacterial.

A finales de noviembre de 2020, la SS del estado presentó el *Mapa Sonora Anticipa*, que define el nivel de riesgo de cada municipio. El mapa se presenta semanalmente y prioriza a los Ayuntamientos con mayores riesgos con base en un indicador de porcentaje de positividad semanal al virus SARS-CoV-2. Identifica riesgo bajo, medio, alto y máximo mediante la prescripción de horarios y aforos para los establecimientos de distintos giros comerciales.

Los CS comenzaron a utilizar sus páginas de *Facebook* para emitir mensajes referentes a la Covid-19 y mantener el contacto con la población. También se han ideado estrategias novedosas a nivel local, por ejemplo, un médico pasante de Pitiquito comenzó a realizar videos alentando a la población a continuar con las medidas de prevención y a no bajar la guardia.

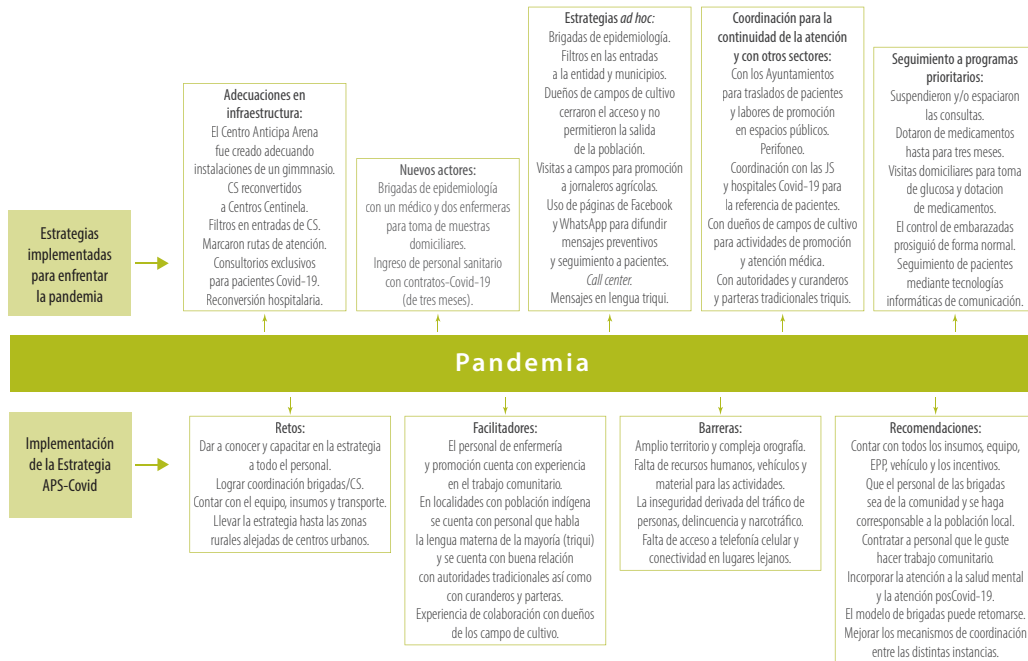
Otro punto relevante fue que pocos servicios ofrecieron atención psicológica a personas o familiares con Covid-19 o por Covid-19. El CS Miguel Alemán, por ejemplo, que cuenta con una psicóloga, sí atendió a personas con ataques de pánico.



• Esquema 3.

**Sonora**

**Estrategias innovadoras y retos para implementar la estrategia APS-Covid**



**Retos identificados y recomendaciones de los entrevistados para implementar Estrategia APS para Covid-19**

En el nivel jurisdiccional, las entrevistas realizadas durante noviembre y diciembre de 2020, identificaron que los funcionarios entrevistados o bien no la conocían, o la habían recibido sin instrucciones sobre su futura implementación. No se observaron cambios en la información recabada de las y los entrevistados contactados durante enero y febrero de 2021, aunque varios de ellos dijeron que la Estrategia APS para Covid-19 coincidía con las acciones que ellos ya estaban realizando. Una de las enfermeras del CS rural Altar señaló haber escuchado “que los promotores iban a salir a hacer promoción de la salud en el tema de Covid-19”. Entre los facilitadores, en caso de implementarse, se señaló que el Modelo de Unidades Centinela y las brigadas son dos estrategias que pueden adecuarse a la nueva propuesta del Gobierno federal.

Un participante del personal médico del CS urbano de Etchojoa vislumbra que las brigadas deberían conformarse con personal nuevo, ya que si se ocupa al personal del CS se descuidarían los demás programas y la atención médica. Será necesario también integrar a personal capacitado en problemas de salud mental que hasta el momento no tienen. Entre los aspectos positivos que observa de la Estrategia es el dar seguimiento a los pacientes que padecieron Covid-19, en tanto sólo se han ocupado hasta ahora de:

“Detectar a pacientes positivos y darles atención y no tanto ocuparse del seguimiento” (personal médico de un CS urbano).

Las enfermeras y el enfermero entrevistados desconocían la Estrategia. Un personal de enfermería de Altar consideró que las brigadas podrían llegar a los domicilios ya que mucha población tiene temor de acudir a la unidad. El conocimiento que el personal de promoción de los centros más pequeños tiene de la población es un aspecto que se considera que podría favorecer la implementación de las brigadas. Otro aspecto positivo mencionado es el ser originaria(o) de la comunidad, lo que genera vínculos de confianza. Una de las enfermeras comentó que las personas la llaman permanentemente al teléfono para saber qué hacer frente a la Covid-19.

Uno de los principales retos es llevar la estrategia a zonas rurales alejadas de los centros urbanos. Es indispensable contar con recursos como vehículos y gasolina para el traslado del personal y garantizar la continuidad de la estrategia. También se requerirá contratar a personal “que le guste salir a campo” (promotora CS rural). La Estrategia no es viable desde el CS en tanto el personal de promoción fue comisionado a la JS para integrar las brigadas.

En Oquitoa, cuando el médico y la enfermera salen a trabajo de campo deben cerrar el CS:

“Dejábamos un cartelón, los números de teléfono por si era una urgencia que nos marcaran y teníamos que suspender esa actividad que estábamos haciendo nosotros. Yo pienso que en cuestión de promoción de la salud sí nos hace falta” (personal de enfermería de un CS rural).

En Altar, un integrante del personal de salud indicó que, al tratarse de una comunidad de tránsito de migrantes, es complicado llevar a cabo acciones de promoción tanto en los Centros de Atención a Migrantes (Cami), como en los domicilios particulares por problemas de inseguridad. La falta de acceso a telefonía celular y de una buena conectividad son dos aspectos que impiden que población vulnerable, como los adultos mayores, puedan gozar de estos servicios:

“Mucha de la población que es vulnerable a este tipo de situaciones no tiene acceso directo a una conexión a internet, a un mensaje de *WhatsApp*, o muchas son comunidades que ni siquiera tienen acceso a señal de teléfono” (personal de enfermería de un CS rural).

De forma coincidente, uno de los entrevistados manifestó que uno de los principales problemas es la población vinculada con la delincuencia y el temor del personal sanitario de ser secuestrado. Por ello, propone integrar las brigadas:

“Con gente de la localidad y que, en donde se cuenten con médicos pasantes, se conformen las Brigadas Especializadas y se roten las funciones” (personal médico de un CS).

El directivo de un CS de Etchojoa recomendó que las Brigadas Especializadas contaran con pruebas rápidas para evitar que las poblaciones más alejadas y pobres tengan que desplazarse a las ciudades, así como iniciar acciones de atención inmediatas en caso de resultar positivos.

Entre las recomendaciones realizadas se señaló que es imprescindible que la visita de la brigada sea difundida a la población, en tanto que hay gente que desconfía, que tiene información falsa sobre la enfermedad y que puede mentir acerca de no tener síntomas de Covid-19 para no atender a la brigada.

La atención de problemas de salud mental es reconocida por algunos profesionales, quienes recomiendan contratación y capacitación de personal en esta problemática. También se sugirió impulsar un trabajo conjunto con la población de modo corresponsable.

## Barreras y facilitadores para la implementación de acciones

### *Barreras*

- Una de las principales barreras detectadas se vincula con la extensión territorial del estado y sus condiciones geográficas accidentadas, así como el difícil acceso a localidades rurales y alejadas, algunas de ellas habitadas por población indígena con saberes y prácticas propias de sanación.
- Otra dificultad mencionada, en la que coincidieron médicos y personal de promoción de la salud, es la falta de personal y de recursos para salir a la comunidad y llevar a cabo de forma adecuada el trabajo: “Para establecer brigadismo yo creo que sí ocuparíamos personal, porque el personal apenas se da abasto aquí, para lo que es el trabajo de la unidad” (médico del CS rural).
- El contexto en el que desarrolla sus acciones el personal de Altar es afectado por la inseguridad originada por la presencia de fenómenos como el tráfico de personas y la violencia derivada de la delincuencia ligada al narcotráfico, éstas son condiciones que obstaculizarían el trabajo mediante brigadas.
- Las condiciones de vida y el hábitat de los jornaleros agrícolas vulneran su salud e impiden poder llevar a cabo adecuadamente acciones preventivas:  
“En una galera, que es donde viven ellos (es como una habitación que le llaman galera), ahí mismo tienen construidas literas de dos o tres niveles en los cuales en una sola galera puede haber hasta 30 personas. Siempre hay hacinamiento en este tipo de poblaciones” (médico de CS rural).

### *Facilitadores*

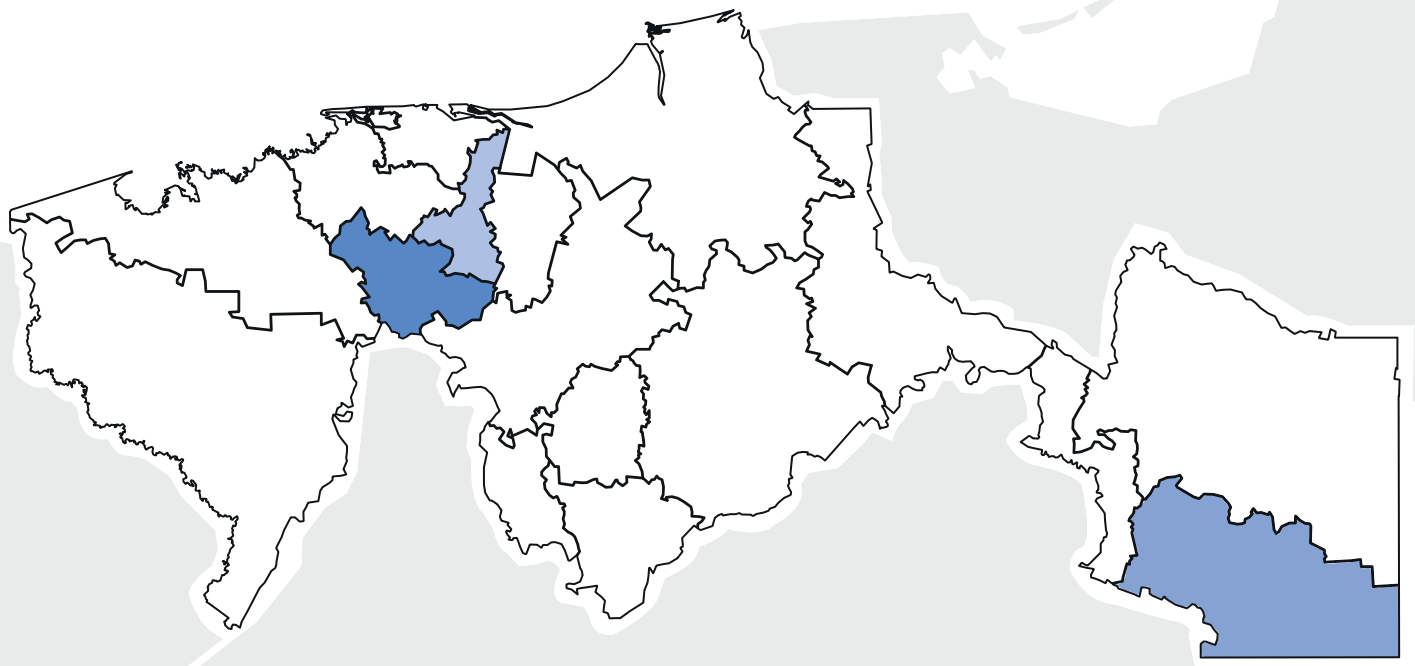
- Algunos entrevistados consideraron necesaria y factible la Estrategia APS para Covid-19, siempre y cuando se logre una buena coordinación con la JS y se base en una planeación detallada.

# Tabasco

**E**l estudio se realizó en tres JS: Tenosique, Jalpa de Méndez y Cunduacán (mapa 5).

Tenosique es un municipio fronterizo ubicado en la región del río Usumacinta, subregión de los Ríos. Conformado por 73 ejidos, 15 rancherías y 11 poblados, tiene como cabecera municipal la ciudad de Tenosique de Pino Suárez. Limita al norte con Balancán, y al sur y al este con Guatemala. Al oeste colinda con el municipio de Emiliano Zapata y con el estado de Chiapas. De acuerdo con cifras del Inegi (2010), este municipio cuenta con 58 960 habitantes; 16% de su población es indígena, principalmente en las localidades de Allende y Obregón. El puerto fronterizo es El Ceibo. Existen comunidades ribereñas asentadas sobre el río Usumacinta, cuya población fue gravemente afectada por la inundación de noviembre de 2020. Por el municipio transita población migrante de estados vecinos y migrantes en tránsito. Los principales problemas de salud son el dengue y el paludismo.

Jalpa de Méndez es un municipio localizado en la región de la Chontalpa que tiene como cabecera municipal a la ciudad del mismo nombre. Su extensión territorial es de 369.70 km<sup>2</sup>, que corresponde a 1.92% del



• Mapa 5. Ubicación de las JS incluidas en la evaluación de Tabasco

- Jurisdicción 17 Tenosique
- Jurisdicción 02 Cunduacán
- Jurisdicción 10 Jalapa

total del estado, por lo que ocupa el lugar 14 respecto a los municipios tabasqueños. Colinda al norte con los municipios de Paraíso y Centla, al sur con Cunduacán y Nacajuca, al este con Nacajuca y al oeste con Comalcalco, Cunduacán y Paraíso.

El municipio de Cunduacán se localiza al sur del estado, región Grijalva, y en la subregión Chontalapa. Limita al norte con el municipio de Comalcalco y Jalpa de Méndez, al este con Nacajuca y Centro, al sur con el estado de Chiapas y al oeste con Cárdenas. Cunduacán es de los municipios más pequeños de Tabasco, con una extensión territorial de 597.5 km<sup>2</sup>, la cual representa aproximadamente 2.50% del estatal. En 2015 registró 138 504 habitantes. Cuenta con una producción apreciable de caña de azúcar, cacao, maíz y naranja. En la actualidad, tiene 125 pozos petroleros distribuidos en seis campos y una vasta red de oleoductos, gasoductos y poliductos. El municipio se compone por 117 localidades, cinco de ellas urbanas, y el resto rurales o ejidos. Presenta altos niveles de pobreza y aunque disminuyeron durante el periodo 2010-2015, su población en esa situación fue de 64.5 y 48.9 %, respectivamente, de acuerdo con datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) publicados en 2017. Su índice de desarrollo humano (IDH) fue de .711, inferior al promedio nacional (.737). La JS de Cunduacán cuenta con 34 CS, de los cuales uno es urbano y el resto rurales.

## Estructura y Organización

*Distribución de unidades totales y unidades participantes con acciones contra la Covid-19 por jurisdicción y año.* El estado indicó que tanto para los periodos de 2020 y de enero a julio de 2021, contaron con 91 unidades de salud distribuidas de manera casi similar en las tres JS (Cunduacán, Jalpa de Méndez y Tenosique), aunque predominaron en la JS de Cunduacán. La mayoría de las unidades participó en acciones contra la Covid-19: de 78% (71 unidades) en 2020, pasó a 100% en 2021 (cuadro XIX).

• Cuadro XIX. Distribución de unidades totales y unidades participantes con acciones contra la Covid-19 por jurisdicción y año.\* Tabasco

Infraestructura	Cunduacán (VI)		Jalpa de Méndez (ix)		Tenosique (xvii)		Total	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
	n	n	n	n	n	n	N	N
Unidades totales en cada JS	36	36	23	23	32	32	91	91
Unidades de cada JS con acciones contra Covid-19	27	35	17	23	27	32	71	90

\* 2021 incluye hasta el 31 de julio

*Distribución del personal de salud según tipo de organización, nivel de pertenencia y perfil por jurisdicción y año.* A nivel jurisdiccional, en particular en la JS Tenosique, el trabajo predominante fue por equipos de salud. En contraste, a nivel de CS, el número de equipos de salud conformados fue similar en todas las JS, y la integración de brigadas comunitarias fue similar, de 18 en el periodo 2020 cambió a 12 para 2021. Debe resaltarse que la ubicación de las brigadas no fue fija y podían movilizarse de acuerdo con las necesidades de cada área; asimismo, el trabajo en brigadas fue apoyado por las pertenecientes al Insabi (este reporte sólo presenta el número de brigadas conformadas por el personal de los Sesa) por lo que el número fue variable a lo largo de distintos periodos (cuadro XX).

En cuanto a las acciones contra Covid-19, predominaron los promotores de salud y se contó con dos gestores. Del total de trabajadores de la salud dedicados a las acciones contra el Covid-19, predominaron las enfermeras (87), los médicos (84), los promotores de salud (56) y otro tipo de personal (55), en contraste con los pocos gestores de participación social (2).

*Existencia de plan de trabajo y organización de acciones realizadas por nivel.* A nivel estatal, existió un plan de trabajo y una organización de las acciones en los distintos niveles. En Jalpa de Méndez se reportaron acciones comunitarias. Las acciones fueron de coordinación, supervisión y monitorización con una periodicidad diaria (cuadro XXI).

*Documentos y sistemas/fuentes de información.* Con relación a los documentos y los sistemas/fuentes de información utilizados, destacan el uso de la *Estrategia de promoción de la Salud, prevención, atención y mitigación de la Covid-19* y de la *Atención Comunitaria para la Atención de la Epidemia por la Covid-19*, reportados como provenientes tanto del nivel federal como estatal. Se menciona el empleo de seis fuentes de información, dos a nivel estatal y cuatro jurisdiccional. Se reportó también la utilización tanto de la plataforma Sisver, como del Enjambre Ciudadano Covid-19 en los dos niveles.

• Cuadro XX. Distribución del personal de salud según tipo de organización, nivel de pertenencia y perfil por jurisdicción y año.\* Tabasco

	Cunduacán (VI)		Jalpa de Méndez (ix)		Tenosique (xvii)		Total	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
	n	n	n	n	n	n	N	N
<b>Jurisdiccional</b>								
Equipos de salud	2	2	3	0	40	40	45	42
Brigadas de salud	1	1	0	0	1	1	2	2
<b>Centro de Salud</b>								
Equipos de salud	27	34	27	34	40	40	94	108
Brigadas de Salud	0	0	0	0	3	3	3	3
<b>Comunitario</b>								
Brigadas comunitarias	6	0	8	8	4	4	18	12
<b>Distribución del personal de salud según perfil profesional</b>								
Promotores de salud	19	19	17	17	20	14	56	50
Gestores de participación social	0	0	1	1	1	1	2	2
Personal de salud por unidad (médicos)	36	44	21	34	27	33	84	111
Personal de salud por unidad (enfermería)	36	50	18	39	33	50	87	139
Personal de salud por unidad (otro)	23	15	15	15	17	16	55	46

\* 2021 incluye hasta el 31 de julio

• Cuadro XXI. Existencia de plan de trabajo y organización de acciones realizadas por nivel. Tabasco

	Cunduacán (VI)	Jalpa de Méndez (ix)	Tenosique (xvii)
	n	n	n
<b>Plan de Trabajo</b>			
Jurisdiccional/Estatal/Municipal/Comunitario	-	-	Sí
Jurisdiccional/Municipal	Sí	-	-
Jurisdiccional	Sí	Sí	Sí
Centro de Salud	Sí	-	-
Comunitario	-	Sí	-
<b>Acciones realizadas a nivel</b>			
Coordinación	Sí	Sí	Sí
Supervisión	Sí	Sí	Sí
Monitorización	Sí	Sí	Sí
Registro de actividades especiales	Sí	-	-
<b>Frecuencia de acciones realizadas</b>			
Coordinación	Diario	Diario	Diario
Supervisión	Diario	Diario	Diario
Monitorización	Diario	Diario	Diario
Registro de actividades especiales	Diario	-	-
<b>Existencia de registros de acciones realizadas</b>	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>



*Distribución de unidades de salud según tipología por jurisdicción. Se contó con 95 unidades para las tres JS participantes, distribuidas en tres tipologías principales: Unidades Rurales, Unidades Móviles y Unidades Urbanas. La mayoría de las unidades son de tipo rural, con un núcleo básico, la mayor parte de ellas (45%) ubicadas en la JS de Cunduacán (cuadro XXII).*

• Cuadro XXII. Distribución de unidades de salud según tipología por jurisdicción. Tabasco

Tipología	Cunduacán (VI)		Jaipa de Méndez (ix)		Tenosique (xvii)		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
<b>Rural</b>	14	(32.6)	19	(86.4)	20	(66.7)	53	(55.8)
01 Núcleo básico	12	(85.7)	16	(84.2)	19	(95.0)	47	(88.7)
02 Núcleos básicos	2	(14.3)	3	(15.8)	1	(5.0)	6	(11.3)
Unidad móvil	1	(2.3)	0	(0.0)	10	(33.3)	11	(11.6)
<b>Urbano</b>	28	(65.1)	3	(13.6)	0	(0.0)	31	(32.6)
01 Núcleos básicos	3	(10.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(9.7)
02 Núcleos básicos	19	(67.9)	2	(66.7)	0	(0.0)	21	(67.7)
03 Núcleos básicos	4	(14.3)	1	(33.3)	0	(0.0)	5	(16.1)
04 Núcleos básicos	1	(3.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(3.2)
09 Núcleos básicos y más	1	(3.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(3.2)
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>(100.0)</b>	<b>22</b>	<b>(100.0)</b>	<b>30</b>	<b>(100.0)</b>	<b>95</b>	<b>(100.0)</b>

Porcentajes en relación con el total por jurisdicción

Se tomaron en cuenta únicamente los CS en operación pertenecientes a los Sesa, aunque se excluyeron las Uneme CS con Clues CLSSA000214 está identificado como "RURAL DE 1 NÚCLEO BÁSICO", y a su vez se reconoce como un estrato URBANO

Fuente: Información obtenida del Catálogo Clues de la DGIS, octubre de 2020

## Indicadores

Durante 2020, alrededor de 70% de consultorios de las Unidades de Salud estuvieron destinados a la atención de Covid-19. Para el periodo de enero a julio del 2021, se presentó un incremento porcentual que llegó hasta 100% en las JS de Cunduacán y Tenosique. También se incrementó el porcentaje de personal médico, de enfermería y promotores capacitados en las tres JS. En 2020, estuvo entre 78.8 y 100%; para 2021 se alcanzó 100% de capacitación. En las JS, el personal de enfermería recibió capacitación para la atención de Covid-19 por encima de 90% en ambos periodos y en 2021 la totalidad del personal promotor de salud fue capacitado.

Tenosique reportó una ocupación hospitalaria de menos de 45% durante 2020, con disminución a 33% en 2021.

En el año 2020, la razón paciente Covid-19/médico fue variable (30 a 90 pacientes promedio por médico), con reducción en 2021 (de 30 a casi 50 pacientes promedio). Cunduacán en 2021 reportó para el indicador de atención de especialidad, una razón de 33 pacientes Covid-19 por médico especialista.

La tasa bruta de casos Covid-19 más baja fue la JS de Tenosique y la más elevada se reportó en Jaipa de Méndez con casi 20 casos por cada 1 000 habitantes. En Cunduacán la media se mantuvo alrededor de 11 casos por 1 000 en ambos periodos.

El porcentaje de personas usuarias de los servicios de salud con solicitud de prueba Covid-19 y pruebas realizadas en las JS fueron bajos, 1 de cada 100 usuarios solicitó que le realizaran una

prueba Covid-19 y con respecto a la proporción de pruebas Covid-19 se reportó un incremento de un punto porcentual de 2020 a 2021 (4 a 5%).

El porcentaje de seguimiento de casos Covid-19 se mantuvo elevado (más de 90%). En ese sentido, 9 de cada 10 casos que se presentaron en las localidades de influencia tenían contacto de alguna forma con la institución de salud. En cambio, para Tenosique el seguimiento de casos en 2020 fue 100% por arriba de lo observado en las otras dos JS el mismo año, aunque para 2021 el porcentaje de seguimiento descendió a 30%.

La letalidad de casos Covid-19 más elevada fue en la JS de Tenosique (100 defunciones por cada 1 000 casos en 2020) y la menor se presentó en la JS de Jalpa de Méndez (20 defunciones por cada 1 000 casos de Covid-19 en 2021). A nivel poblacional, las tasas brutas de mortalidad por Covid-19 en las JS de análisis no exceden de una defunción por cada 1 000 habitantes para ambos periodos de análisis.

Asimismo, a la mayoría de las personas usuarias de los servicios se les proporcionó asesoría en torno a la explicación del proceso de atención y cuidados preventivos de la Covid-19. En el año 2021 hubo descenso en la proporción de dichas asesorías.

La población en riesgo por presencia de alguna ECNT fue baja en las tres JS para ambos periodos. Aunque en Cunduacán, durante 2020, se reportó que la mitad de los usuarios en la JS padecían alguna ECN, se mostró un descenso para 2021 a un nivel cercano a 3 de cada 10 usuarios, similar al resto de las JS. Para la población en alto riesgo (por edad más comorbilidades), el porcentaje más elevado se presentó en la población de la JS Jalpa de Méndez durante 2020 (45.7%) y en Tenosique para 2021 (45.9%).

Respecto a la atención a mujeres embarazadas con sospecha de Covid-19 que resultaron positivas ésta fue variable, con un descenso durante 2021 en Cunduacán y Jalpa de Méndez, y un incremento en la JS de Tenosique, con un total de embarazadas sospechosas en la comunidad de 3.9% con resultado positivo a la prueba de Covid-19 durante el periodo de enero a julio de 2021.

El porcentaje de personas usuarias con signos de alarma, en términos de insuficiencia respiratoria, se observó en mayor medida en la JS Jalpa de Méndez. Los datos mostraron un incremento en el indicador entre 2020 y 2021 de aproximadamente tres puntos porcentuales. En todos los casos se reportó una baja referencia de personas con sintomatología de Covid-19 por brigada u otros servicios en las JS.

La continuidad de programas prioritarios como la vacunación en las JS sanitarias se vio afectada por la pandemia. Durante 2020 en dos de las JS de Tabasco se detuvo casi por completo y sólo en Cunduacán alcanzó un máximo de 18%. En 2021, tanto Cunduacán como Tenosique reportaron casi 30% de cumplimiento en el esquema de vacunas en las comunidades y en Jalpa de Méndez se llegó hasta 60%, todos los datos se muestran en el cuadro XXIII.

### Fuentes de información utilizadas por el estado

Para Tabasco se utilizaron como fuentes de información los datos que se solicitaron directamente a las JS en términos de recursos humanos, así como el Sinerhías, empleado en los reportes del personal e infraestructura. Otra fuente de información es la plataforma del Sisver, perteneciente al Sinave, el cual recupera los casos de Covid-19, los registros de mortalidad, morbilidad y atención y pruebas de Covid-19. En cuanto a sistemas de información propios del estado, se identificaron el sistema Enjambre Ciudadano para llamadas de emergencia, la base de datos Mater para las cuestiones de salud materna, y la base de datos de Vacunología estatal.

Para el componente cualitativo, en total se entrevistaron a 31 actores clave. Los entrevistados corresponden a los diferentes niveles de la estructura jerárquica jurisdiccional, a personal médico, de enfermería y promotores sanitarios de los diversos CS (cuadro XXIV).

• Cuadro XXIII. Indicadores Covid-19.Tabasco, 2020 y 2021

Indicador	Tabasco						
	Cunduacán		Jalpa de Méndez		Tenosique		
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	
1	Porcentaje de consultorios en atención a Covid-19	64.6	100	72.4	89.7	61.0	100
2	Porcentaje de personal médico capacitado para atención a Covid-19	100	86.4	100	97.1	78.8	100
3	Porcentaje de personal de enfermería capacitado para atención a Covid-19	100	90.0	100	92.3	90.0	100
4	Porcentaje de personal promotor de salud capacitado para Covid-19	100	100	100	100	85.7	100
5	Porcentaje de ocupación hospitalaria por Covid-19	-	-	-	-	44.4	33.3
6	Razón pacientes Covid-19 por médico general	61.1	34.5	90.3	45.4	33.6	38.2
7	Razón pacientes Covid-19 por médico especialista	0.0	33.0	0.0	0.0	-	-
8	Tasa bruta de casos Covid-19	11.2	11.2	19.7	15.9	0.4	0.5
9	Porcentaje pruebas en usuarios Covid-19	2.6	3.7	4.5	5.4	4.4	5.3
10	Tasa de letalidad por Covid-19	60	30	60	20	100	30
11	Tasa de mortalidad Covid-19	0.7	0.3	1.2	0.4	1.1	0.7
12	Porcentaje de casos Covid-19 en seguimiento	93.7	97.7	90.3	91.9	92.2	95.5
13	Porcentaje de personas usuarias con solicitud de prueba Covid-19	1.0	1.0	1.0	0.9	1.0	1.0
14	Porcentaje de personas usuarias con asesoría (explicación de proceso de atención y cuidados preventivos)	100	91.9	100	100	100	8.2
15	Porcentaje de personas con enfermedades crónicas no trasmisibles	51.9	28.1	28.40	28.2	20.5	22.6
16	Porcentaje de personas con alto riesgo para Covid-19	23.8	14.1	45.7	28.9	20.5	45.9
17	Porcentaje de embarazadas sospechosas que resultaron positivas a Covid-19	0.8	1.3	2.2	3.7	3.9	1.8
18	Porcentaje de personas usuarias con signos de alarma	9.4	3.8	12.5	15.2	13.3	9.2
19	Porcentaje de personas usuarias con Covid-19 referidas	4.0	0.0	0.0	0.0	0.9	1.7
20	Porcentaje de personas con verificación de esquema de vacunas actualizado	18.0	32.9	0.0	60.9	0.0	30.9

Los espacios con guion (-) significan que los datos no fueron reportados  
 Las tasas se calcularon por 1 000 habitantes  
 Información a diciembre de 2020 y enero a julio de 2021  
 Indicadores calculados con información proporcionada por el estado  
 Fuente: Datos del Sinerhías, del Sisser, del Conapo y de Enjambre Ciudadano

• Cuadro XXIV. Número de actores entrevistados por nivel jerárquico y tipo de personal. Tenosique, Tabasco

Nivel	Total de entrevistas por nivel	Tipo de personal
Jurisdicción Sanitaria	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Director/a jurisdiccional</li> <li>• Área epidemiología</li> <li>• Coordinadora de Enfermería</li> <li>• Supervisión de Enfermería</li> <li>• Coordinador médico jurisdiccional</li> <li>• Coordinadora de epidemiología</li> <li>• Coordinadora de brigadas jurisdiccionales</li> </ul>
Hospital Comunitario	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Director/a</li> <li>• Coordinación de Prevención a la Salud</li> <li>• Promotora</li> </ul>
Centro de Salud Rural	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal médico (6)</li> <li>• Personal de enfermera (7)</li> <li>• Promotor</li> </ul>
Brigadistas	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brigadas jurisdiccionales</li> </ul>
<b>Total</b>	<b>31</b>	

## Respuesta a la pandemia: Organización general

En opinión de la jefa de la JS, Jalpa es de baja complejidad. La organización para la atención a la salud se brinda mediante 24 unidades médicas, de las cuales 22 son CS del área rural. Existe un hospital comunitario con cinco núcleos básicos de atención, así como un Centro Nueva Vida Uneme-CAPA. De acuerdo con la proyección del año 2021, Jalpa de Méndez tiene una población de 97 026 habitantes. La atención a la salud está organizada por núcleos básicos que constan de un médico y una enfermera. En otras unidades existe un médico, una enfermera y un promotor o un médico y dos enfermeras. La atención se brinda mediante citas. En el nivel jurisdiccional, se encuentran los responsables de programas. La JS está integrada por coordinaciones, existe una de Salud Pública y la de Servicios de Salud. También se encuentra la Coordinación de Planeación y la Administrativa. La Coordinación de Servicios de Salud es la encargada de derivar todos los programas de salud pública con el apoyo de jefes de oficina. Existe un equipo de supervisión que da seguimiento a los programas de 56 localidades. En Jalpa, el IMSS y Petróleos Mexicanos (Pemex) tienen unidades pequeñas.

En la JS de Jalpa, de acuerdo con los entrevistados, se puede apreciar que la respuesta a la pandemia se dio por etapas acordes con la situación en el estado de aumento o disminución de casos, así como de los diferentes tipos de apoyos que se fueron obteniendo de nivel federal y estatal, ya fuera en infraestructura, insumos o contratación de promotores para formar brigadas. De esta manera, la atención médica otorgada en los CS evolucionó en dos sentidos: el primero, al reorganizar la atención de los diferentes programas (pacientes crónicos, mujeres embarazadas, vacunación, atención a menores de cinco años, prevención de cáncer cervicouterino); la segunda, al responder a la pandemia en diferentes frentes. Aunque ambos procesos fueron sincrónicos, cada aspecto tuvo sus particularidades.

La JS de Cuauacán se caracterizó por una excelente coordinación en su interior, principalmente entre las coordinaciones de brigadas, el coordinador médico jurisdiccional, epidemiología y la jefatura jurisdiccional, quienes a su vez se encargaron de coordinar las brigadas de promoción y las brigadas Covid-19, apoyados por el sistema Enjambre Ciudadano, que les permitió tomar decisiones de acuerdo con el panorama epidemiológico y la georreferenciación de los pacientes. Además, se estableció una red telefónica para dar seguimiento, desde nivel jurisdiccional, tanto al personal activo como aquellos que se fueron a resguardo a trabajar desde casa.

La parte operativa, conformada por unidades de primer nivel de atención y el Hospital General de Cuauacán, se coordinó para referir, estabilizar pacientes o bien para enviarlos a los hospitales de Comalcalco y Juan Graham, reconvertidos en hospitales Covid-19.

La principal acción innovadora identificada se caracteriza por la implementación de las brigadas de Covid-19 y la Brigada Comunitaria. La brigada Covid-19 buscaba pacientes y familiares positivos de Covid-19 para indicar las acciones de prevención, promoción y establecer el seguimiento vía telefónica con la intención de contener la pandemia y realizar referencias oportunas. La segunda brigada se orientó a unidades de salud sin personal por resguardo y dio seguimiento a pacientes de programas prioritarios.

### *Antes de la pandemia*

Los CS organizaban la atención mediante citas programadas que se repartían en los diferentes módulos. Cada módulo se encargaba de ciertos programas, de acuerdo con el tipo de personal de salud del que disponía. Un aspecto importante, vinculado con la respuesta a la pandemia, se relaciona con el personal de promoción de la salud con el que contaban algunos centros antes

de reestructurar su servicio para atender los casos de Covid-19. Los CS que ya contaban con promotores integraron equipos para realizar actividades de prevención de riesgos, junto con otros integrantes del centro, durante la primera etapa de respuesta a la pandemia. Posteriormente, este personal fue reubicado en los poblados donde hubo más contagios y los CS de su adscripción original se quedaron sin su apoyo. Al mismo tiempo entraron en acción 16 recursos humanos contratados por el Insabi. Se trató de personal que laboraba antiguamente para el Seguro Popular y que fue recontratado como promotores de salud y luego asignados a diferentes CS, como el de Ayapa.

### *Después de la pandemia*

Al inicio de la pandemia, los CS reorganizaron la atención médica, espaciaron más las consultas para evitar aglomeraciones y reorganizaron sus espacios para establecer la distancia sugerida entre cada paciente. Se postergó la atención para detección de cáncer cervicouterino y los demás programas continuaron con citas más rígidas en horarios, incluyendo la vacunación a menores de cinco años.

Cuando ocurrieron los primeros casos de Covid-19, la organización para detectar y dar seguimiento se dio mediante los CS, con el personal con el que contaban. Los entrevistados del personal de enfermería coincidieron en que al inicio fue pesado realizar el seguimiento porque se monitoreaban los signos y síntomas de los pacientes cuatro veces al día. Conforme avanzó la epidemia y se incrementaron los casos disminuyó el monitoreo a tres veces al día. Actualmente se hace en dos ocasiones. Esto porque resultaba costoso dar seguimiento sin recibir ayuda económica para pagar saldo telefónico, ya que, dadas las condiciones socioeconómicas de su población de influencia, en ocasiones se enfrentaron a que también debían apoyarles para comprar otros insumos que requerían, como suero. Esto como actos humanitarios.

Se destinó personal en la jurisdicción para dar seguimiento telefónico a los casos. Llegaron a tener hasta 80 pacientes al mismo tiempo. Se permitieron las videollamadas con pacientes hospitalizados y se les apoyó con personal de psicología. En el hospital comunitario se colocó una línea para atender las dudas de la población en general o a los familiares que quisieran informarse sobre la condición de su paciente.

Se implementó el programa Jalpatel para atención psicológica, todos los días de 8:00 a 20:00 h. Los psicólogos del hospital comunitario se concentraron en un CS donde atendían por teléfono ya que el hospital se reconvirtió.

Se utilizó la plataforma Ices-Covid o Enjambre Ciudadano, implementada para dar seguimiento epidemiológico y clínico a casos de Covid-19 y sus contactos. El sistema actualiza datos en tiempo real y emite alertas; por ejemplo, cuando una oximetría se reporta por debajo de niveles aceptables la plataforma envía mensajes a la jefa jurisdiccional y a la epidemióloga para comunicarse con la familia del paciente y derivarlo al hospital. También ayuda a identificar “zonas calientes” para enviar las brigadas del Insabi a dar seguimiento a los casos y sus contactos. Para este efecto se instalaron ocho líneas telefónicas en las oficinas de la JS. Las líneas fueron financiadas por ellos. Se hizo un video para capacitar a enfermeras y se distribuyó entre ellas.

En este contexto, se integraron a la JS de Jalpa los promotores contratados por el Insabi y ahí inició una segunda etapa de la atención a casos Covid-19. Los promotores integraron brigadas, el área de epidemiología de la jurisdicción los capacitó en la detección de síntomas de esta enfermedad, así como en el manejo psicológico de los casos. Sus actividades consistieron en buscar, casa por casa, a pacientes con comorbilidades que pudieran contagiarse de Covid-19 y complicarse. Al encontrar alguno, registraban el resultado en dos plataformas que sistematizaban

diariamente los casos reportados en todo el estado. Las brigadas en un inicio también realizaron actividades de prevención de riesgos de contagio de Covid-19.

En este momento, al incorporarse las brigadas, el personal de salud volvió a dedicarse mayormente a la consulta en sus respectivos CS y continuó con sus programas adecuados a la “nueva normalidad”. Las brigadas se encargaron del seguimiento y acudían al CS solamente si requerían apoyo para ubicar los casos. Se coordinó la atención con personal de enfermería. El personal de enfermería monitoreaba, de forma remota, los casos que las brigadas encontraban.

En una siguiente etapa, cuando los casos aumentaron, desde el área de epidemiología de la jurisdicción se reorganizó nuevamente la respuesta. En este momento fueron asignados casos de pacientes ya identificados en las diferentes poblaciones del municipio. Los brigadistas debían localizarlos en sus domicilios y darles seguimiento para evitar contagios; llenaban un “formato de seguimiento epidemiológico” para mapear a sus contactos en los últimos cinco días, y a éstos se les ofrecía realizarles una prueba gratis. Si aceptaban, el brigadista hacía la cita para evitarles filas. Si se trataba de personas que no podían movilizarse, el químico del laboratorio acudía al domicilio del paciente para tomar las muestras.

Al seguir la ruta que marcó el comportamiento de la pandemia, más adelante se les encomendó, además de realizar visitas domiciliarias a casos Covid-19, hacer “barrido domiciliario” para actualizar el censo de enfermos crónicos y de mujeres embarazadas. Esto para tener control sobre posibles casos que pudieran infectarse y presentar complicaciones; si encontraban personas con síntomas hacían el reporte al área de epidemiología de la JS y ellos hacían el seguimiento a la toma de muestras. En estos momentos del proceso, se contó con kits de atención a casos que podían quedarse en su casa a pasar el tiempo de contagio. En estas situaciones se le llamaba por teléfono a la persona, se le avisaba que irían a visitarlo para darle el kit y algunas indicaciones. Les llevaban también oxímetros y se les enseñaba cómo registrar la saturación en una tabla. Si llegaba a 89, requería hospitalización.

Con el paso de los meses, el personal que integró las brigadas también se hizo responsable de subir la información directamente a las plataformas: Isis-Enjambre. En el inicio lo hacía el área de epidemiología, pero conforme aumentaron los casos ellos también apoyaron en ello.

En octubre de 2020 las brigadas empezaron también a manejar casos Covid-19. Se formaron cuatro brigadas que se distribuyeron de acuerdo con los casos que se les asignaba diariamente desde la JS. Uno de los brigadistas entrevistado recordó que la epidemióloga le mandaba los casos en la madrugada y, junto con sus compañeros brigadistas, hacían las rutas a esa hora para abarcar al mayor número de pacientes por visitar durante el día. Llenaban una “cédula de información” y convencían a los familiares de hacerse pruebas para saber si alguien más estaba contagiado. Se les daba seguimiento a los casos por 14 días. Si algún caso se complicaba, se contactaba con la epidemióloga y ésta con el hospital para enviar una ambulancia, sobre todo para los pacientes sin recursos para trasladarse por sus propios medios.

Un aprendizaje en esta forma de trabajo fue el cambio de estrategias conforme avanzaba la pandemia. Por ejemplo, al inicio se informaba a las personas que resultaban positivas a Covid-19 de manera verbal, pero no se obtenían buenos resultados porque algunas se negaban a seguir el tratamiento; posteriormente, cambiaron a enseñarles el resultado de la prueba en el papel, lo que generó un cambio en la respuesta del paciente: estaban más convencidos de que en verdad era su diagnóstico y que debían seguir el tratamiento.

### Infraestructura. Adecuaciones realizadas ante la pandemia

En Tenosique, la JS cuenta con 20 unidades fijas y 10 caravanas, que son unidades móviles de las cuales una es acuática.

En la cabecera municipal existe un CS con 10 núcleos básicos. El hospital comunitario cuenta con 12 camas, con dos turnos quirúrgicos. Con la reconversión pasó a ser hospital Covid-19. Con el apoyo de la Sedena y la SS se amplió a 30 camas. También se colocó un módulo exclusivo de atención a enfermedades respiratorias agudas que recibía a los habitantes de Tenosique, Balancán y Emiliano Zapata.

En el Módulo Uneme-CAPA se habilitó un área de hospitalización temprana con cinco camas y cinco tanques fijos para atender a pacientes en tanto se veía en dónde se hospitalizaban. También contaron con un tomógrafo y un laboratorio móviles que procesaba muestras.

El CS rural de Usumacinta cuenta con un consultorio, Departamento de Promoción, Departamento de Enfermería, Área de Tocoginecología y Área Enfermería. El servicio adecuó sus instalaciones con la instalación de circuitos de entrada y salida y filtro. El CS rural Benito Juárez es pequeño, cuenta sólo con una doctora y una enfermera.

En la JS de Cunduacán hicieron adecuaciones en el Hospital General de Cunduacán con la finalidad de estabilizar a los pacientes con Covid-19. La reconversión hospitalaria la realizaron en los hospitales de Comalcalco y Juan Graham, de la ciudad de Villahermosa.

En esta jurisdicción adecuaron un espacio para la toma de muestras de PCR, todo programado mediante agenda telefónica. En los CS instalaron el triaje en la entrada (conformado principalmente con promotor y/o enfermera), promovieron la sana distancia al interior, la consulta con cita y horarios específicos para pacientes crónicos. No se permitió acompañantes y se realizó la desinfección de la unidad de manera frecuente.

En CS con hasta tres núcleos básicos, uno se destinó exclusivamente para atender a pacientes Covid-19. En la gran mayoría, con un sólo núcleo básico, se organizaron para la atención de diferentes formas: en algunos consultorios colocaron una cinta para delimitar los espacios entre los pacientes y el personal de salud; además, mantuvieron los consultorios bien ventilados y las salas de espera fueron instaladas al exterior de la unidad médica.

También implementaron la "burbuja", un intermedio entre el CS y el hospital (se brinda oxígeno al paciente: si se controla se da de alta a casa; si se complica, va al hospital Covid-19).

En Jalpa, las adecuaciones fueron varias, según el momento de la pandemia. Al inicio, uno de los problemas que tuvieron fue cómo organizarse para continuar con la atención a su población, debido a que los médicos pasantes fueron retirados del servicio porque enfrentaban una situación de riesgo laboral que la institución no podía cubrir. Sólo contaban con el personal de base, entre los cuales también algunos debieron irse a resguardo por su condición de salud o por su edad. Hubo CS que cerraron hasta dos meses porque eran atendidos por pasantes y se quedaron sin personal. Aunque se llevó a cabo la reasignación de personal hacia CS y a la JS, no siempre se contó con personal suficiente para mantener abiertas las unidades médicas. En un CS se quedó sólo un médico que atendía a los pacientes, debido a que los otros dos con los que se cuenta se fueron de resguardo. Esto empezó a cambiar a medida que el personal que estaba de resguardo regresó paulatinamente a sus centros de trabajo.

En cuanto a los establecimientos médicos, los hospitales fueron reconvertidos. En el municipio de Jalpa, se cuenta con un hospital comunitario al que se le habilitó un espacio para pruebas Co-

vid-19 y atención de casos. En el hospital contaron con “burbujas” o unidades de hospitalización temprana para aislar a los pacientes que no contaban en sus domicilios con más de una habitación y, por tanto, no podían proteger a sus familiares del posible contagio. En esa unidad se le permitía al paciente estar con su teléfono para tener contacto con su familia. En voz de uno de los entrevistados: “Nos ayudó muchísimo esa parte”. Esto permitió que las personas tuvieran menos angustia mientras estaban hospitalizados con un cuidado médico constante.

Tanto en el hospital como en los CS se marcaron rutas de entrada y salida de los pacientes para evitar aglomeraciones y mantener entre ellos la distancia recomendada. Se instalaron filtros sanitarios en las entradas de los CS.

En los CS pequeños, con la infraestructura que tienen, se ajustaron los espacios y se adecuaron para evitar contagios. Por ejemplo, en uno se utilizó un patio trasero, el cual se habilitó como sala de espera para lograr una distancia adecuada entre los pacientes y aprovechar que está al aire libre. En otro, adecuaron una pequeña bodega como vestidor para que el personal de salud se cambiara de ropa al llegar y al retirarse de la unidad y les permitiera desinfectarse adecuadamente.

Antes de la pandemia se dividía la atención médica: primero se revisaba a los pacientes crónicos, después a las mujeres embarazadas y luego la consulta general. Durante la pandemia, tuvieron que reorganizarse. Se reagruparon los pacientes que atendía cada módulo con el objetivo de espaciar la consulta y evitar el contacto. Las citas se hicieron más rígidas para evitar aglomeraciones en el CS. Antes de la pandemia no tenían horario para atender vacunas, tamiz o citologías; con la pandemia también esto tuvo que hacerse mediante citas. Se separaron las áreas de consulta, se adecuaron salas de espera para hacer espacios de atención con distancia adecuada. Un CS amplió el horario de atención, de 18:00 a 21:00 h, para monitorear el oxígeno de pacientes Covid-19 que se recuperaban en su casa. Otro adecuó en el patio un área de exploración de síntomas de Covid-19 para evitar el ingreso de los pacientes a la unidad médica, ya que al inicio de la pandemia todavía no se hacía obligatorio el uso de cubrebocas. Cuando llegaban los pacientes les rociaban un líquido que les facilitaron en la JS, además de darles gel antibacterial.

Otra medida que se tomó fue evitar que los pacientes crónicos acudieran al CS. Para ello se pidió a sus familiares que fueran por sus medicamentos.

## Recursos humanos

En la JS de Tenosique, el CS de la cabecera municipal, al personal de resguardo se le asignó 10 pacientes para darles seguimiento. Los promotores adolescentes que trabajan en las escuelas secundarias también apoyaron las acciones Covid-19 con la elaboración de carteles y la difusión de información por redes sociales. Esta jurisdicción incorporó personal del Insabi.

El CS rural de Usumacinta, compuesto por un médico, una enfermera, un promotor y un médico pasante, recibió capacitación virtual. Trabajaron con algunas parteras tradicionales y las involucraron en acciones de promoción a la salud. En CS Benito Juárez, la enfermera se fue de resguardo, por lo que sólo se quedó la doctora, quien se unió a las caravanas.

En la JS de Cunduacán, desde el inicio se brindó capacitación en temas de prevención y, más adelante, para el tratamiento de pacientes con Covid-19.

Las brigadas comunitarias nacieron para apoyar a las comunidades cuyo personal de salud se fue a resguardo (aproximadamente 50% del personal) y cuyas unidades de salud requerían personal para atender a enfermos de programas prioritarios.

En un tipo de brigadas exclusivas para Covid-19 la mayoría del personal fueron contratados por el Insabi. Su contratación inició en 2020 y su lugar de adscripción son los diferentes CS, pero



para integrar las brigadas fueron concentrados en la JS y dejaron descubiertas sus unidades de adscripción.

Existe personal que ha rotado por las brigadas y por varios CS en un intento por cubrir las unidades con personal que se fue a resguardo y ha sido ubicado estratégicamente en CS que lo han requerido. Muchos médicos, químicos y promotores fueron contratados por el Insabi. Los entrevistados comentaron que, lamentablemente, estos sueldos equivalen a la mitad de los de base, pero con las mismas responsabilidades y tareas.

En cambio, en la JS de Jalpa se gestionó que el personal del área administrativa del Seguro Popular tuviera contratos como promotores. Se les capacitó y ayudaron a dar seguimiento a pacientes. A Jalpa le correspondieron 16 promotores. Sus perfiles profesionales, de acuerdo con una entrevistada, fueron diversos. De los 16, dos fueron médicos, una enfermera y un veterinario. Había administradores de empresas y los demás tenían nivel de preparatoria. Formaron seis brigadas que se coordinaban desde la JS. Fueron enviados a donde había más casos, en los "focos rojos". Inicialmente se adscribieron a CS comunitarios, pero a medida que avanzó la pandemia se reorganizaron de diferentes maneras, siempre coordinados desde el área de epidemiología de la jurisdicción, donde fueron capacitados. Revisaron diferentes manuales "y lo que íbamos aprendiendo o escuchando del personal médico". Recibieron capacitación en temas de psicología para saber cómo manejar los casos Covid-19 y la manera de dar las noticias a los pacientes contagiados, así como para saber cómo enfrentaban ellos la situación de su trabajo. Esto debido a que su labor era frustrante y estaban en constante riesgo de contagio. Las ayudas que recibió el personal que integró brigadas fue vehículo y gasolina para realizar visitas domiciliarias a las comunidades alejadas, pero no así saldo telefónico o gastos de pasajes para traslados cortos, que a la larga representó un desembolso importante para su propia economía familiar.

En los tres CS analizados hubo personal sanitario que se fue de resguardo, ya fuera porque se contagiaron, en cuyo caso tenían 14 días para estar en casa, o debido a su edad o a alguna enfermedad por la que se les consideraba como personal de riesgo. En un CS dos médicos(as) se fueron de resguardo. En otro, el entrevistado (brigadista) se contagió de Covid-19 y se fue de resguardo 21 días. En el tercero, el odontólogo de la unidad se tuvo que retirar, no porque tuviera alguna situación de riesgo, sino porque el servicio de odontología se cerró. En otro caso, mantuvieron a la promotora con la que contaban, pero no pudo salir a hacer promoción por su edad. Debido a esas situaciones, hubo movimientos de personal a otros CS para apoyar a los que se iban quedando con pocos recursos humanos.

Una de las entrevistadas recordó que recibieron ayuda de compra de insumos de material desinfectante por parte de un compañero. Otros ejemplos importantes que ilustran la participación del personal de salud fue el caso de una médica pasante que decidió por voluntad propia quedarse a ayudar en el CS. También recibieron ayuda de parte de personas de la comunidad; en otro CS recordaron que tuvieron el apoyo de una señora del poblado que pidió ser capacitada para ayudarles.

Los entrevistados coincidieron que fue un gran peso el monitoreo de los casos Covid-19 vía telefónica; sin embargo, cuando llegó el apoyo de las brigadas disminuyó la carga.

El equipo de protección les llegó de nivel estatal y fue distribuido desde la jurisdicción. Posteriormente, ya en los CS, el personal de enfermería se encargó de distribuirlo conforme al número de días laborables de cada integrante del personal de salud. Al personal de enfermería se les dio gorro, guantes, lentes protectores, cubrebocas y bata. Conforme avanzó la pandemia se atrasó la entrega de insumos. Por ejemplo, uno de los médicos entrevistados comentó que las batas no fueron suficientes. En otro CS, una enfermera entrevistada comentó que sólo siguieron recibiendo guantes para realizar citologías. Es decir, había insumos, pero en el momento más álgido de la

pandemia escasearon. El personal de salud tenía miedo del contagio y de contagiar a sus familias. Pese a esto, en CS como el de Iquinuapa, el personal no se contagió. A los brigadistas “se les dotó de casaca, de una mochila, de lentes protectores [y de] la mascarilla”.

La mayoría de los entrevistados coincidió en el aspecto de falta de apoyo económico para tener saldo suficiente en sus teléfonos móviles para realizar el monitoreo requerido de casos Covid-19. Hubo personal que no pudo cubrir este gasto e incluso fue narrada una experiencia en la que el paciente cooperó con el saldo telefónico de la médica que lo atendía en agradecimiento a su apoyo.

Tampoco hubo ayuda para pagar pasajes. El personal de enfermería debía ir a la jurisdicción a recoger los *kits* y usar sus propios recursos. Un brigadista recordó que si salía del municipio se les proporcionaba vehículo, pero si las visitas estaban “cerca” debía usar su propio vehículo y pagar los gastos respectivos.

Otro aspecto vinculado a esto fue una queja de los brigadistas respecto al atraso en sus pagos. Al momento de hacer la entrevista llevaban cuatro meses sin recibir su sueldo. Dijeron que realizaban el trabajo por un acto humanitario. Este mismo punto fue externado por una de las enfermeras entrevistadas, quien comentó que sus pagos quincenales no eran puntuales y esto a veces las colocaba en situaciones difíciles para el gasto en sus hogares, ya que tenían dificultad para conseguir recursos para realizar gastos extras.

En uno de los CS no hubo apoyo de brigadistas, tampoco contrataciones nuevas. Pero en los otros dos CS coincidió en que los brigadistas del Insabi les ayudaron a dar seguimiento a casos Covid-19 para que el personal de salud pudiera regresar a su consulta normal.

## Acciones realizadas para implementar la Estrategia APS para Covid-19

### *Acciones comunitarias*

En la JS de Tenosique una de las acciones innovadoras fue la utilización del Programa Enjambre Comunitario. Se trata de un sistema que ya existía para la seguridad ciudadana y que se amplió para la atención de la Covid-19. Mediante esta plataforma se podía observar en cuáles zonas había más casos y esto servía para implementar las acciones de detección y dar seguimiento de casos y contactos. También se usó para dar seguimiento a mujeres embarazadas y puérperas. El paciente, por su parte, por medio del teléfono celular, podía pedir una ambulancia.

Se contó con cinco brigadas de promoción que trabajaron de lunes a viernes, sábado y domingo con guardias, durante los meses en los que hubo más casos. En la actualidad, quedan dos brigadas. Podían estar compuestas por promotor-promotor o por médico-enfermera. Las brigadas realizaron trabajos en La 72, un hogar-refugio religioso para personas migrantes, y en el puesto fronterizo El Ceibo, en donde instalaron dos filtros. Visitaban a enfermos crónicos y les llevaban medicamento, daban seguimiento a pacientes vía telefónica y hacían promoción cuando pagaban a los beneficiarios del programa Sembrando Vida.

Las 10 caravanas con la que cuenta esta jurisdicción son unidades móviles (una es acuática) muy útiles debido a la dispersión de la población. Con ellas se puede acceder a localidades ribereñas sobre el río Usumacinta. Una vez a la semana, las caravanas visitan las 55 localidades asignadas. La meta es realizar de 12 a 16 supervisiones mensuales. Las mismas son supervisadas mensualmente por equipos integrados por médico, supervisora de enfermería, supervisor de odontología, supervisión de promoción y de nutrición.

En el hospital comunitario también se trabajó con brigadas integradas por personal de salud, el agente del Comité de Salud, el auxiliar de salud y el delegado, firmando siempre un acta de

acuerdo. El trabajo de promoción se realizó en escuelas, bancos, comercios y espacios públicos. Al inicio de la pandemia el personal sanitario recibió agresiones (insultos, les arrojaban cloro) por parte de la población que no aceptaba las recomendaciones sanitarias, por lo que se pidió el apoyo a la policía y a la Guardia Nacional para custodiar y/o intervenir en estos casos.

El trabajo de brigadismo contó con la resistencia del personal de salud para realizar sus actividades por temor a contagiarse y de la población que no quería recibir al personal de salud porque pensaban "que podían enfermarlos". A pesar de esto, y luego de que fueron pasando los meses, el personal sanitario comenzó a darse cuenta de la relevancia de su trabajo:

"Fue muy gratificante que tuviéramos nosotros que vivir esta experiencia. Había días [en los] que regresábamos deshidratados porque la temperatura era muy elevada. [Con] ese equipo de protección personal nos escurría el sudor, íbamos caminando y el sudor nos escurría" (coordinadora de enfermería de una JS).

En contraste, en la JS de Cunduacán, a nivel jurisdiccional iniciaron con el plan de integrar diferentes brigadas. Muchas de las acciones que realizaron están contenidas en la Estrategia APS para Covid-19. A continuación, se detallan las mismas.

La Brigada de Promoción (que más adelante se volvió la Brigada de Covid-19) empezó a trabajar al principio con visita a todos los comercios, con el fin de promover la prevención, el uso correcto del cubrebocas, la utilización de gel antibacterial, la sana distancia, que se evitaran las aglomeraciones, que manejaran turnos y ofrecieron los números telefónicos en caso de enfermar. Después continuaron con los filtros en las entradas al municipio con el apoyo de la policía de tránsito.

Ya en plena cuarentena, la JS de Cunduacán contó con dos brigadas: la Brigada Covid-19, integrada por promotores que acudían a las visitas de los pacientes positivos y visitaban las casas de alrededor con el fin de identificar más personas con síntomas. También manejaban la prevención, promovían el uso del cubrebocas, la careta, el gel antibacterial, la sana distancia, pedían que se evitaran las visitas y se abstuvieran de acudir a eventos, "cero fiestas", salir lo menos posible de casa o solamente salir por causa de fuerza mayor. Si durante la visita identificaban casos sospechosos, se comunicaban con los químicos para agendar la cita para prueba de Covid-19. En casos positivos, se dio monitoreo vía telefónica y se otorgaron oxímetros. En caso de presentar síntomas mayores, se le ofrecía acudir al Hospital General.

La Brigada Comunitaria fue la fusión de la Especializada y la Comunitaria: iban un médico, seis promotores y dos compañeros, con esta brigada se dio seguimiento a los pacientes diabéticos, obesos y mujeres embarazadas. En conjunto realizaron diferentes actividades. En un primer momento realizaron el muestreo y el registro en la aplicación Covid-19 y, si el usuario presentaba algún síntoma, pasaban con la enfermera quien checaba signos vitales. Después pasaban con las personas para checar glucosa y hemoglobina; luego los pacientes pasaban a consulta con el médico quien otorgaba tratamiento hasta por dos meses.

Por otro lado, en la JS de Jalpa, en concordancia con lo ocurrido en la de Cunduacán, la estrategia de brigadas no se implementó tal como se propone en el documento de referencia de la Estrategia APS para Covid-19. En agosto de año 2020 empezó también el apoyo de promotores de Insabi en Jalpa.

Un brigadista entrevistado comentó que forma parte de un grupo de 14 "técnicos de promoción de salud" contratados por el Insabi (otra entrevistada señaló que son 16 promotores) con los que se han formado diferentes brigadas para dar seguimiento a pacientes contagiados en los poblados con más de 2 500 habitantes.

Su trabajo pasó por diferentes etapas. En un inicio participaron en filtros sanitarios a la entrada de la ciudad, donde se verificaba que no fueran más de tres personas en el auto y se les tomaba

la temperatura. El Ayuntamiento, la policía de tránsito, el hospital comunitario y la JS trabajaron conjuntamente. Promovieron la sana distancia y los filtros en supermercados, plazas comerciales y terminales de transporte público. Con los choferes de transporte público se buscó que no llenaran de personas los autobuses para evitar propagación del virus. En los bancos apoyaron con filtros sanitarios al proporcionar gel y evitar aglomeraciones. Supervisaron tiendas de abarrotes y vigilaron que se cumplieran las normas. Hicieron prevención de riesgos de contagio en escuelas, así como lonas, “convencer a la gente es complicado”, mencionó un brigadista de Jalpa.

Cuando hubo inundaciones debido a la presencia de huracanes, los brigadistas fueron a los albergues a explicar el riesgo de contagio por la aglomeración de gente y a orientar sobre los procedimientos para la realización de medidas de prevención de contagio.

Posteriormente, realizaron trabajo casa por casa para identificar casos y a sus contactos, repartían paquetes de insumos para que los contagiados se resguardaran en sus casas, y a sus contactos, proveer paquetes de insumos para la atención, incluyendo oxímetros, y se les capacitó para su uso y registro diario de resultados para reportarlo en las visitas de seguimiento de los brigadistas:

*“Había pacientes que lo hacían, había pacientes que no lo hacían, había pacientes que se sentían bien y llegabas al domicilio y no lo encontrabas, entonces eso también, le digo es cosa de conciencia” (brigadista de Jalpa).*

Otro brigadista recordó que en el pico de la pandemia llegó a dar seguimiento hasta a 56 casos positivos y sus contactos; otra recordó que a 90.

Adicionalmente, realizaron censo de pacientes crónicos y mujeres embarazadas para mapear las comunidades y saber en dónde podían surgir casos que se complicaran. Les proporcionaron tabletas electrónicas para reportar los datos del censo en la plataforma (Seguimiento Censo Covid-19). Si encontraban casos, ellos los valoraban. Si lo requerían, los referían al hospital. Contaban con termómetro de pistola para medir la temperatura y oxímetros. Se coordinaron con el laboratorio que hacía las pruebas de PCR para enviarles a ellos los resultados antes de subirlos a la plataforma. De esa manera, podían avisar al paciente más rápido, en el mismo día:

*“Esa era nuestra labor, el convencimiento, el poder convencer a la gente, porque desafortunadamente no tenemos esa cultura en salud” (brigadista de Jalpa).*

Si encontraban adultos mayores viviendo solos o casos en los que por la pandemia no habían surtido su receta en el CS, la brigada ayudaba a llevarles el medicamento a sus casas, o contactaban a familiares en el caso de las personas que estaban solas y requerían ayuda. También les llevaban medicamentos a los pacientes que no podían acudir a la unidad o no tenían familiares.

Al respecto, una enfermera entrevistada de la brigada en Jalpa comentó que ir casa por casa es buena estrategia para evitar que los pacientes dejen de contestar el teléfono y se pierda el seguimiento de los casos:

*“Es muy parecido a lo que ya realizamos. La verdad al principio, cuando lo leí, pensé que era nuestro manual, porque hay como 80% de las cosas que manejamos en cuanto a la Brigada de Promoción. La Especializada... la verdad esta Jurisdicción no maneja esa Brigada Especializada, pero la Brigada de Promoción y las actividades sí son bastante parecidas” (brigadista de Jalpa).*

Si tenían casos que se complicaban se referían al hospital comunitario, al de Comalcalco (a 20 km de distancia) o al Juan Graham, en Villahermosa (de mayor complejidad). Las brigadas estaban conectadas con estos hospitales y con el área de epidemiología de la JS para referirlos y buscarles lugar dependiendo del estado del paciente:

“Se concientizaba al paciente de que en todo momento, independientemente de la hora, podía con confianza cruzarnos una llamada. En mi caso fue un *plus*, yo tuve la verdad que atender a muchos de mis pacientes en la madrugada. Les decía: ‘No se espere. Si usted está oxigenando debajo de 95, ¡márqueme!’ ¿Por qué? porque sabemos que la atención oportuna es lo que ha estado haciendo la diferencia” (promotor de Jalpa).

Del CS se refería al hospital comunitario donde se puso una carpa para la toma de muestras. También hicieron tomas de muestras rápidas a criterio médico. Tenían un *chat* con la doctora encargada del hospital comunitario. Por medio de ella se gestionaba la ambulancia, si era necesario, para hacer traslados de casos urgentes, sobre todo para los pacientes sin recursos que no podían trasladarse por sus propios medios. Si se trataba de mujeres embarazadas, se referían al Hospital de la Mujer, en la ciudad de Villahermosa. También se podía gestionar ambulancia mediante el delegado municipal: “El hospital de referencia es el hospital comunitario de Jalpa de Méndez. Está prácticamente a unos 10 minutos del CS” (promotor de Jalpa).

Durante los recorridos casa por casa, las brigadas ayudaban a sacar citas para pruebas diagnósticas para evitar que fueran al CS a formarse, ya que la pérdida de tiempo que esto les implicaba era un factor desincentivador de esa medida. En el caso de pacientes que no podían moverse, el químico de la JS acudía al domicilio a tomar la prueba.

Cada brigada realizaba seguimiento de casos mediante la plataforma Isis-Enjambre. Si notaban una baja de saturación de oxígeno (por debajo de 94), el promotor reportaba el caso y el área de epidemiología hacía el seguimiento. Se llamaba por teléfono al familiar para convencerlos de llevarlos a valoración al módulo Covid-19 del hospital comunitario; después de eso podía seguir en su casa o trasladarse al hospital. Existe un grupo integrado por todos los hospitales a quien se le presenta el caso y decide adónde debe enviarse. Si no es caso grave, puede referirse a la unidad hospitalaria de atención temprana, ese grupo decidía. En la primera etapa los casos sospechosos de Covid-19 se referían al hospital comunitario. En la segunda etapa hubo brigadas que se encargaron de referir a los pacientes, darles seguimiento y entregarles equipo de cuidado en casa, incluidos oxímetros. En la etapa actual, los CS están tratando de volver al esquema de atención que tenían antes de la pandemia. En ése se refería a las mujeres embarazadas al hospital para atención del parto y se hacía el seguimiento de pacientes crónicos mediante personal de enfermería:

“Nuestro hospital comunitario no es hospital Covid-19, es un hospital No Covid-19, pero está vinculado con los hospitales Covid-19 y con la unidad de hospitalización temprana de aquí del estado. A través de esos *chats*, nosotros estamos en contacto con esos hospitales, para pedir espacio” (promotor de Jalpa).

### En el CS

En la JS de Tenosique, el CS ubicado en la cabecera municipal cuenta con 10 núcleos básicos. Por su parte, el CS rural Poblado Usumacinta cubre a 1 000 habitantes. Está a 30 km de la cabecera municipal. Entre los principales problemas a los que se enfrenta el servicio están:

- Mala señal de internet.
- Transporte: una combi para entrar y salir de la comunidad.
- Desobediencia de pastores de centros religiosos y de trabajadores del Programa Sembrando Vida que no seguían las medidas de seguridad en cuanto a la concentración de gente.
- No cuentan con vehículo.
- Hacer frente de forma conjunta a la Covid-19, dengue e influenza.
- Movimiento migratorio constante.

Desde el CS se hicieron filtros a la entrada y salida de la comunidad al inicio de la pandemia y también en el puesto fronterizo El Ceibo. Estos filtros se levantaron en agosto de 2020.

Antes de que cerraran las escuelas ofrecieron pláticas, realizaban perifoneo en vehículo personal, pegaban carteles en las combis. Realizaron acciones de promoción de la salud en tiendas Diconsa y Conasupo para evitar aglomeraciones de gente. Capacitaron a la red social y al personal del Ayuntamiento. Elaboraron material educativo en la computadora (trípticos). Se reforzaron las acciones de promoción y las medidas de información mediante las redes sociales, página de *Facebook* y *WhatsApp* para dar seguimiento a pacientes Covid-19 y no Covid-19. Cuando hubo pacientes sospechosos o positivos, se derivaban al hospital comunitario.

Por su parte, en los CS de la JS de Cunduacán, la Estrategia APS para Covid-19 no se conoce. Señalaron que por la integración de las brigadas reubicaron a sus promotores a nivel jurisdiccional, por lo que han dejado más trabajo al personal de enfermería. También a médicos de contrato los han reubicado a unidades estratégicas donde pueda tener acceso más población y de otros CS.

El personal de enfermería (de campo) hace el seguimiento de pacientes positivos y han salido en busca de contactos para capacitar en acciones de prevención, sana distancia y referencia.

En cambio, en los tres centros analizados de la JS de Jalpa, se coincidió en las medidas utilizadas para prevenir contagios. Colocaron filtro en la entrada del CS y tuvieron material desinfectante, como gel y líquidos para limpiar el piso y el mobiliario. Se cuidó que las personas que ingresaban usaran cubrebocas. En un CS recordaron que tuvieron problema de abasto de agua, pero al poco tiempo se solucionó esta situación.

Usaron redes sociales para transmitir mensajes de prevención vía *WhatsApp* y *Facebook*, también para recordar que las personas podían obtener orientación vía telefónica si tenían síntomas de Covid-19. Hicieron carteles informativos y los pegaron en las calles del pueblo. Organizaron pláticas para la prevención de riesgos en las escuelas: lavado de manos, buena alimentación. Del CS también salieron campañas sobre medidas preventivas para la población. Se hizo perifoneo. En un CS la trabajadora social hizo labores de difusión de medidas sanitarias para los pacientes que demandaban atención dentro de la unidad. En otro centro, se comentó que parte de las acciones que realizaron estaban relacionadas con la salud mental:

“Trabajamos mucho la terapia psicológica aquí, yo creo que por eso no hubo necesidad de mandar a ningún paciente a psicología” (enfermera de un CS).

Se realizaron obras de teatro promovidas por los médicos(as) pasantes. Difundieron información con personas que llegaban al pueblo, pues se dieron cuenta que, con la pandemia, “mucho gente que estaba en otros estados empezó a regresarse aquí al pueblo”. Recorrieron las casas para tratar de que las personas que llegaban de visita se quedaran ahí hasta notar si tenían algún síntoma.

Cuando les tocó dar seguimiento a casos Covid-19, lo hicieron mediante mensajes de teléfono móvil. Se les pedía acudir al CS por su *kit* para atención en casa, que contenía oxímetro, cubrebocas, gel y torundas con alcohol.

### ***Seguimiento de programas prioritarios***

En la JS de Tenosique el seguimiento de los programas prioritarios continuó con ciertas adecuaciones. Por ejemplo, se espaciaron las consultas, se visitaron los domicilios de los pacientes y, cuando era imprescindible que acudiera al servicio, se evitaron aglomeraciones.

Con la inundación que devastó el estado aparecieron enfermedades como dengue y paludismo, así como trastornos psicosomáticos y depresión. Cuando en un CS detectaban a un paciente

con síntomas de estos padecimientos, se daba una primera orientación y, si lo ameritaba, lo derivaban al área de psicología de la jurisdicción.

En el hospital comunitario se habilitó un número telefónico que atendían dos psicólogas, la de la Clínica de la Mujer y la del servicio de adicciones.

En la JS de Cunduacán, en cambio, la integración de la Brigada Comunitaria tuvo como objetivo dar seguimiento a pacientes de programas prioritarios de aquellos CS cuyo personal se fue a resguardo. Citaban principalmente a pacientes con padecimientos crónicos y a mujeres embarazadas, les dotaban sus medicinas y checaban presión arterial y glucosa. Aprovechaban para surtirles sus medicamentos hasta por dos meses. Los pacientes con tuberculosis pulmonar tuvieron interrupción del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES).

El programa de vacunación continuó de manera habitual, pero sin las semanas de salud. Los entrevistados refirieron que, por la falta de seguimiento puntual a los pacientes de programas prioritarios, pueden descontrolarse y complicarse; problemas que deberán de enfrentar posterior a la pandemia.

En la JS de Jalpa, durante los meses más difíciles los pacientes dejaron de asistir a los CS por miedo; sin embargo, personal de enfermería siguió con el programa de vacunación a niños y no dejaron pasar las fechas que les correspondía para vacunarse, y los fueron citando poco a poco. Para el seguimiento a pacientes crónicos se programó que familiares fueran por medicamento al CS en ciertos días y horarios. Lo mismo con las mujeres embarazadas, sólo iban si tenían alguna molestia. En los tres CS analizados se dejaron de hacer citologías temporalmente hasta que contaron con la ayuda de personal del Insabi:

“Se empezó a organizar el que venía a urgencias y a consulta, había un día determinado para atender a consulta en general; posteriormente, embarazadas y crónicos tenían un día asignado de cita” (enfermera de un CS).

Con la incorporación de las brigadas, el personal de salud volvió a ocuparse de los programas prioritarios, pero atendiendo por citas y en horarios específicos. Sin embargo, debido a la pandemia varios pacientes crónicos dejaron de asistir por miedo.

### ***Coordinación con otros sectores***

Al considerar que unos de los retos que presenta la JS de Tenosique es la atención a migrantes de otros estados, así como a personas en tránsito provenientes de Centroamérica, la SS trabajó de forma coordinada con instancias como el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y la asociación Médicos sin Frontera. Asimismo, existió coordinación con el ISSSTE, el Insabi y la Sedena.

En cambio, en la JS de Cunduacán, la coordinación con otros sectores ocurrió, por ejemplo, con el DIF, con el Ayuntamiento y con tránsito municipal para los filtros en las entradas de los municipios. Se coordinaron con las instituciones de seguridad social y con los médicos privados para su referencia y para el envío a la toma de muestras de pacientes sospechosos de Covid-19, ya que los servicios de salud de Tabasco son los que hacen las pruebas.

En cambio, en la JS de Jalpa la coordinación con otros sectores se realizó mediante el Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica (Cojuve), quienes convocaron a otras instituciones para valorar la situación, incluyendo a la presidencia municipal de Jalpa, al Comité de Desastres y a los médicos privados. A ellos se les capacitó para coordinarse sobre cómo proceder con casos sospechosos de Covid-19. El Ayuntamiento proporcionó líquidos desinfectantes y cubrebocas a la iniciativa privada. Tuvieron reuniones con las funerarias para regular cómo debían ser las exequias: sin concentrar gente, sin repartir comida. Se les pedían fotos para vigilar que siguieran las medidas.

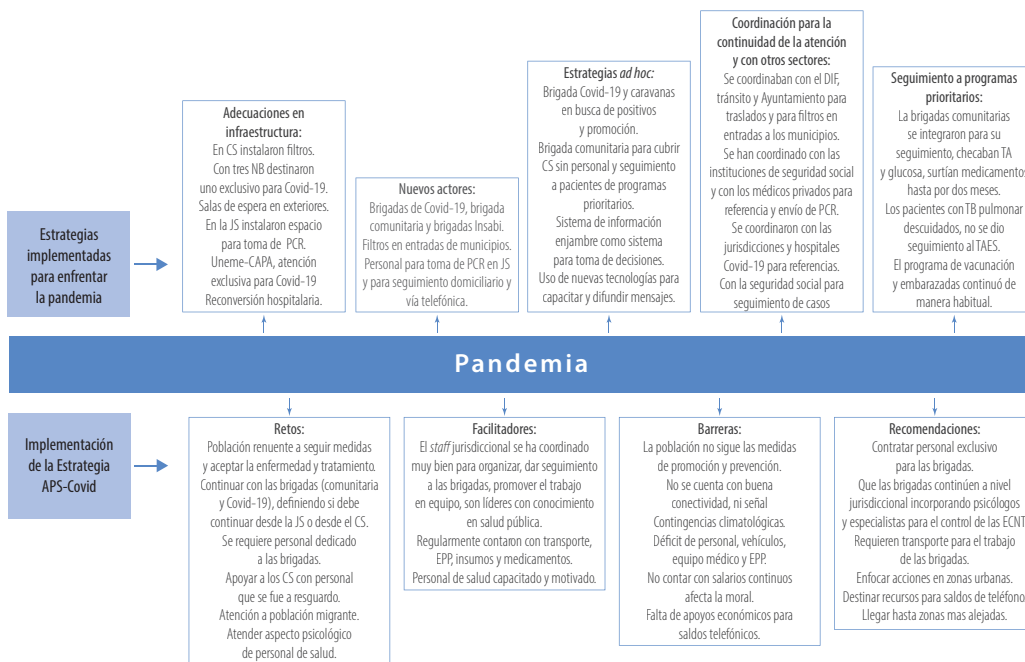
Los delegados municipales ayudaron a comunicarse con las familias en sus respectivos poblados y solicitaron la colaboración del personal de salud. Asociaciones civiles donaron equipo: cápsulas para intubar, medicamentos, cubrebocas, comida.

En Jalpa únicamente el IMSS tiene unidad médica. El ISSSTE y Pemex sólo cuentan con un módulo de consulta que no podía tomar muestras para Covid-19. Debido a ello, se tuvieron que hacer cargo de tomar muestras a sus pacientes y coordinarse con esas instituciones para dar seguimiento a los casos. Les pidieron sensibilizarlos para recibir la visita de los brigadistas que hicieron el seguimiento de algunos registros. En opinión de una entrevistada, lo hicieron muy bien y se pudo mantener la plataforma actualizada. En uno de los CS analizados uno de los médicos entrevistados comentó que no siempre atendieron a pacientes del IMSS, del ISSSTE o de Pemex; a veces los mandaban a sus unidades a valorarse.

• Esquema 4.

Tabasco

Estrategias innovadoras y retos para implementar la estrategia APS-Covid



En otro CS la delegada del municipio les apoyó para hacer perifoneo con una patrulla que circulaba por las calles y se prohibieron las actividades grupales. En otro poblado el Ayuntamiento colaboró lavando las calles durante los meses que se creía que el virus estaba en el piso, que circulaba en el ambiente. En otro, el CS tiene un Comité de Salud que incluye al delegado municipal. Ellos y el Ayuntamiento los apoyaron con donaciones de cubrebocas de una asociación civil.

En la JS se estableció un área de psicología que orientaba vía telefónica y ayudaba a pacientes que presentaban síntomas de angustia, miedos o depresión por la enfermedad. En el CS se pro-



porcionaba el teléfono de este servicio y hubo pacientes que lo aceptaron. Los pacientes decían lo siguiente:

“Es que siento que son mis nervios, no siento como que sea que no puedo respirar, sino como que tengo una angustia, tengo miedo, no sé, no sé si me vaya a morir, no sé qué vaya a pasar conmigo” (personal médico de un CS).

## Sistemas de información utilizados

En la JS de Tenosique, el Programa Enjambre Comunitario se amplió para atender la pandemia. Se trata de una plataforma virtual que puede ser utilizada tanto por la población como por los servicios sanitarios. En un mapa se detectan las colonias donde existen “focos rojos” y es el punto de partida para iniciar el barrido, la búsqueda de casos sospechosos, el seguimiento diario a pacientes y familiares aislados. La población, por su parte, puede solicitar información, contactar a los servicios de salud o solicitar una ambulancia. También sirvió para informar a la población sobre qué colonias serían visitadas por las brigadas diariamente.

En la JS de Cunduacán, también se auxiliaron del sistema Enjambre, el cual está vinculado con la plataforma de Sisver, en donde se capturan todos los casos de pacientes con Covid-19. Sirve para la georreferenciación de pacientes y para asociación epidemiológica de los contactos. Además, los relaciona con otros factores de riesgo. Es una plataforma que se actualiza en los diferentes niveles de atención por donde transita el paciente y permite el seguimiento que hacen los médicos vía telefónica, de acuerdo con la continuidad de la atención del paciente. Por lo que les ha servido para la toma de decisiones por las estadísticas que genera diariamente.

Además, en la página de la JS se publican todos los días las actividades y cuenta con toda información de prevención. Asimismo, cada promotor hace uso del *WhatsApp* y demás aplicaciones para promover e incentivar a la población para que siga con los cuidados y no relaje las medidas sanitarias.

En la JS de Jalpa también se coincidió en el uso de la plataforma virtual: Isis-Enjambre, así como de Sisver. Se usaron para registrar datos de casos Covid-19 y contar con información de casos en tiempo real para tomar decisiones oportunas sobre dónde enviar más personal para hacer labores preventivas.

## Retos identificados y recomendaciones de los entrevistados para implementar Estrategia APS para Covid-19

Los retos identificados en la JS de Tenosique radican en lo siguiente:

- Atención en reclusorio: ahí se dio el primer caso de Covid-19.
- Zona militar y fronteriza, con paso continuo de migrantes centroamericanos.
- Inundaciones por el desbordamiento del río Usumacinta.
- Promoción conjunta de dengue, paludismo y Covid-19.

En la JS de Cunduacán han estado muy satisfechos con las acciones desde las brigadas. Los entrevistados manifestaron que han tenido un mayor acercamiento y reconocimiento de la población con relación a las actividades que realizan. Han logrado incidir precozmente en la atención, en la prevención y el manejo de los pacientes con Covid-19, situaciones que pueden continuar, posterior a la pandemia, con las enfermedades crónicas. Sin embargo, ahora han reubicado al personal para realizar las brigadas, pero en la nueva normalidad, van a requerir de personal para integrar las brigadas.

En cambio, la JS de Jalpa presenta los siguientes retos:

Pese a que ya pasó más de un año desde que inició la pandemia, todavía existe población que no acepta la enfermedad y que consideran que la vacuna es el fin de la pandemia. Este es el reto mayor. Otro reto es la desinformación: las personas comentan lo que escuchan o ven y se dejan influir de mala manera. También es necesario convencer a los jóvenes de que la pandemia existe y deben cuidarse, aunque sean vacunados. Debe asegurarse que las personas contagiadas seguirán el tratamiento, pues los entrevistados del personal de salud comentaron que algunos pacientes que recibieron diagnóstico clínico de Covid-19 ya no acudieron a confirmarlo pues no se hicieron la prueba:

*“Solitos salieron [...] El reto más grande es convencer a la gente... llegar a la gente, darle a conocer lo que nosotros sabemos del virus y cómo se previene, siento que hemos hecho promoción de la salud, prevención de riesgos, pero nos falta” (enfermera de un CS).*

En otro aspecto, un reto es contar con más EPP para el personal de salud, así como disponer de más personal sanitario en las unidades médicas de primer nivel de atención. En uno de los CS analizados señalaron la necesidad de contar con más recursos humanos: promotores, otro médico, enfermeras. Otro suceso ocurrido relacionado con este punto fue que, en otro de los CS estudiados, había un promotor que fue trasladado a la jurisdicción para unirse a las brigadas. Sería recomendable que este tipo de personal volviera a las unidades de base para apoyar con las medidas preventivas, aunque estos promotores de CS no podrían realizar las tareas de los brigadistas porque están saturados con las propias actividades:

*“Nuestro reto más grande es volver a hacer lo que hacíamos antes. La gente tiene todavía miedo y no están acudiendo al centro de salud, los pacientes con VIH tampoco quieren ir al CAPASITS [Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual] y las mujeres embarazadas consideran atenderse con las parteras antes de ir al hospital por temor a contagiarse” (personal médico de un CS).*

Un reto para las brigadas es contar con más vehículos para llegar a las localidades remotas, así como teléfonos del programa con saldo para evitar que ellos pongan recursos de su bolsillo. También se requiere capacitar al personal que integrará las brigadas para saber cómo responder, cómo integrar los equipos y transmitir la información en los niveles locales y hacia la jurisdicción:

*“Hay ciertos [conflictos] personales: que porque soy de base, que porque solamente quiero atender a cierta población y la población que llega a las unidades de salud ¿cuáles son? Parece ser que siempre son las mismas y dejamos a veces a las más alejadas, a las más marginadas, a veces no se puede impactar. Zonas indígenas se marginan por eso, necesitamos impactar allá, necesitamos concientizar más allá” (brigadista del Insabi).*

Otro aspecto relevante es la atención a las emociones de los brigadistas, emociones que surgen al perder pacientes que están bajo su vigilancia.

En la JS de Tenosique, las recomendaciones mencionadas fueron:

- Retomar el programa Médico a Domicilio.
- Contar con más personal.
- Se requieren capacitaciones continuas para mejorar aún más el trabajo de promoción y de enfermería comunitaria.
- Las brigadas deben tener más presencia en zonas urbanas porque es ahí en donde existe el mayor tráfico de migrantes.

En la JS de Cunduacán recomendaron contratar más personal para llevar a cabo la propuesta de Estrategia APS para Covid-19.

En la JS de Jalpa se hicieron las siguientes recomendaciones:

#### *Para las brigadas*

- Contemplar [la compra] de unidades vehiculares destinadas específicamente al programa.
- Si se contrata personal nuevo, capacitarlo, sensibilizarlo.
- Destinar recursos para tener al menos saldo en los teléfonos.
- Continuar brindándoles EPP.
- Capacitar a quienes integren las brigadas.
- Recuperar su experiencia.
- Se puede dejar una brigada para dos o tres poblaciones que se encuentren juntas.
- Seguir con la relación epidemiología-brigada-CS, que son quienes conocen a la población local.
- Durante mucho tiempo la atención se ha enfocado en lo curativo, pero ahora se puede retomar lo preventivo mediante las brigadas.
- Contratar más personal que pueda formar brigadas para acudir a las poblaciones más alejadas donde hay asentamientos indígenas y no se está llegando:  
“Necesitamos impactar, necesitamos llegar a la comunidad más lejana, y ¿cómo lo hacemos? Mediante el ‘brigadeo’”.
- Fortalecer las brigadas con las que ahora se cuenta. Anteriormente, tenían más personal que realizaba tareas de prevención (como la Brigada de Cólera), pero actualmente sólo tienen tres personas dedicadas a ello.
- Tener un fondo que pueda usarse en estas situaciones.
- Se deben hacer sesiones de capacitación sobre el papel de las brigadas para evitar conflictos con la población:  
“Sí nos pasó que un día salió la brigada y luego todos los pacientes querían estar aquí: ‘La brigada nos mandó aquí y usted nos tiene que atender’ y ya le explicábamos” (personal médico de un CS).

#### *Para personal de salud*

- Destinar recursos económicos para gastos de telefonía y pasajes del personal de salud.
- El municipio debe apoyarlos para convencer a los usuarios de realizar las medidas sanitarias.

### **Factibilidad**

Un directivo de la JS mencionó que:

“Se dejó mucho tiempo de apostarle a la atención primaria a la salud... es un buen momento de retomarlo, es una oportunidad y un reto muy grande, sacar esto adelante en cosas más simples, más sencillas”.

Por otro lado, se señaló que:

“La idea es muy buena, yo cuando leí dije: Sí es lo mismo que nosotros veníamos haciendo” (brigadista del Insabi).

Los entrevistados coincidieron en que la estrategia mediante brigadas es viable con ajustes.

Un brigadista comentó lo siguiente:

“A veces no se le da la importancia al ‘brigadeo’ como tal, no se le da importancia a la atención primaria. Resulta más barato al Gobierno que dar tratamiento a ciertos padecimientos, a ciertas enfermedades. La prevención es más barata por donde lo quieras ver” (brigadista).

Otro mencionó lo siguiente:

“Sí considero viable esta perspectiva porque se le daría mayor enfoque a la atención primaria a la salud, delimitando los factores de riesgo y, bueno, le estaríamos dando una educación a la población. El primer nivel de atención es educación, es promoción, es prevención, es fundamental” (brigadista).

Señalaron también la complementariedad con otras iniciativas puestas en marcha, como la Plataforma Mater, que se implementó para dar atención a mujeres embarazadas. También, coincidieron en que para llevarla a cabo se requiere más personal, ya que con el personal que actualmente cuentan los CS no podrían hacer las dos cosas: seguir atendiendo los programas prioritarios y, además, integrar las brigadas. Necesitan personal que se dedique a hacer promoción de la salud. Asimismo, señalaron que la pandemia los tomó por sorpresa, pero han salido adelante ante una situación inesperada. Ahora sería tiempo para organizarse y recuperar esta experiencia de las brigadas para continuar con la APS. Se consideró que fue una experiencia triste, pero también grata:

“Nosotros a veces nos sentimos, como le digo a mi compañera, como los hijos olvidados. Porque al menos en el proyecto que sacamos de los pacientes fue algo nuevo para nosotros. Pusimos todo nuestro empeño, todas las enfermeras de Jalpa de Méndez, todas... Llegó el momento en que también ya nosotras estábamos estresadas, porque no salía un paciente todavía, no dábamos de alta uno y ya tenemos otro” (enfermera de un CS).

## **Barreras y facilitadores para la implementación de acciones**

### **Barreras**

En la JS de Tenosique:

- El déficit de vehículos dificulta el desplazamiento.
- Escasez de termómetros infrarrojos.
- La población no acepta la toma de muestra.

En la JS de Cunduacán:

- A pesar de presentar complicaciones, los pacientes se niegan a acudir al hospital o piden su alta voluntaria incluso en estado grave. Además, no siguen las medidas preventivas.
- No se cuenta con buena conectividad de internet ni telefónica en algunas áreas para dar seguimiento al estado de salud de los pacientes.
- El problema en los CS es que no contaron con más personal. Incluso perdieron a sus promotores, quienes se fueron a las brigadas y hubo sobrecarga de trabajo.
- Tuvieron contingencias climatológicas, implementaron albergues donde se contagiaron algunas personas. Afortunadamente, pudieron aislarlos y no se propagó más la enfermedad.

En la JS de Jalpa, una entrevistada mencionó que:

*“La gente, en algunas ocasiones, insultaba al personal, porque decían que no nos metiéramos en sus vidas. Y en el momento en el que les decían que tenían que estar aislados, era muy difícil porque pues nunca se había hecho” (enfermera de un CS).*

- No se cuenta con suficiente personal para hacer las brigadas como se sugiere en el documento.
- Faltan recursos económicos para dar seguimiento a los pacientes mediante llamadas telefónicas.
- Actualmente cuentan con 16 promotores del Insabi que integran las brigadas, más algunos promotores que ya tenían las unidades. Cuando acabe la emergencia sanitaria, se deben regresar a sus CS para seguir apoyándolos.
- El personal de los CS no podría salir a realizar el trabajo que se hace actualmente con las brigadas.
- Se les pide cumplir metas y éstas tendrían que coincidir con el trabajo que hicieran los promotores, no tenerlas de manera separada.
- Especialmente entre los jóvenes notaron mayor resistencia a seguir las recomendaciones.
- Actualmente ya no se cuenta con todo el equipo de protección para el personal de salud. Para iniciar con la estrategia se debe contar con insumos suficientes para estar protegidos:

*“Lo más complicado ha sido concientizar a la gente, tener esa cultura en salud que no la tenemos. Nosotros vamos a visitar a un doctor cuando nos sentimos realmente fatal, mientras [que] con un dolorcito nos automedicamos. Una de las cosas más complicadas es lidiar con la gente porque hay el que te recibe y valora tu trabajo, hasta el que no te recibe y te trata mal”.*

- No contar con vehículo propio para la brigada, sino con uno que es compartido, atrasa el trabajo que podría hacerse en las localidades más remotas si se tuvieran más transportes:

*“Se requeriría que directamente el programa manejara sus vehículos. A veces nos topamos con que los vehículos que están aquí en la Jurisdicción son del Área de Vectores o del Área de Supervisión; entonces, si ellos tienen que salir a fumigar al día siguiente, a veces nos encontramos con que hay que mover las bombas de fumigación y todo eso, o hay comunidades muy lejanas aquí y tenemos el inconveniente que no hay suficiente combustible”.*

- En Tabasco la temperatura ambiental afecta las labores realizadas fuera de oficinas. Es preferible hacer las actividades en la mañana, para ello se necesitan vehículos disponibles.
- No recibir su salario de manera continua afecta la moral del equipo. No habían dejado de trabajar y hasta el momento de la entrevista no los habían vacunado ni sabían cuándo les tocaría. Pese a ser recursos humanos clave en la atención a la pandemia se sintieron algo excluidos por ese trato recibido.
- No se tiene personal suficiente. Uno de los CS no cuenta con promotor. El Área de Enfermería está saturada diariamente, pues además de realizar las actividades de promoción, llevan a cabo las de atención. Debido a esto no podrían hacer el trabajo de las brigadas, se necesitaría dejar a los equipos que ahora están colaborando o contratar nuevos. Tampoco llegó médico de Servicio Social en esta promoción.
- No cuentan con la infraestructura necesaria para extender su cobertura hacia casos Covid-19.
- Hay diferencias en la organización de las JS. Se les piden actividades diferentes.

### *Facilitadores*

En la JS de Tenosique:

- Personal muy comprometido:  
“Se trabajó con sol, con lluvia, pero se trabajó. El objetivo era sacar adelante el estado” (supervisora de enfermería de la JS).
- Conocimiento de la población y del trabajo de campo.
- La pandemia posibilitó el reforzamiento de la APS y la importancia de la tarea que realiza el personal de enfermería y favoreció el autocuidado de la población:  
“Si nosotros utilizáramos correctamente lo que es la promoción yo creo que evitaríamos [complicaciones], ayudaríamos a sensibilizar a las personas y tendríamos menos consultas. Trabajamos la prevención más que nada para evitar la enfermedad... a veces las personas creen que la promoción depende nada más de los promotores, pero la promoción es de todos, cada una de las áreas promueve el bienestar de la salud, ya sea enfermería, odontología, médicos, psicólogos, entonces todos debemos hacer promoción para el bienestar de la población” (encargada de promoción de hospital comunitario).
- Se cuenta con la experiencia de trabajo de Médico a tu Casa, iniciativa que se considera que también valdría la pena retomar.
- Las brigadas fueron una oportunidad de acercamiento a la población y de revalorizar el trabajo de enfermería. Se considera que la enfermería comunitaria es central en la pandemia y pospandemia, particularmente en las acciones de educación para la salud y en la vacunación para Covid-19.

En la JS de Cunduacán:

El equipo a nivel jurisdiccional, los responsables de las áreas, entre ellas promoción de la salud, se han coordinado muy bien para organizar, dar seguimiento a las brigadas y promover el trabajo en equipo. También refieren que son líderes y tienen conocimiento en salud pública. Además, siempre contaron con transporte, EPP, insumos y medicamentos.

En la JS de Jalpa:

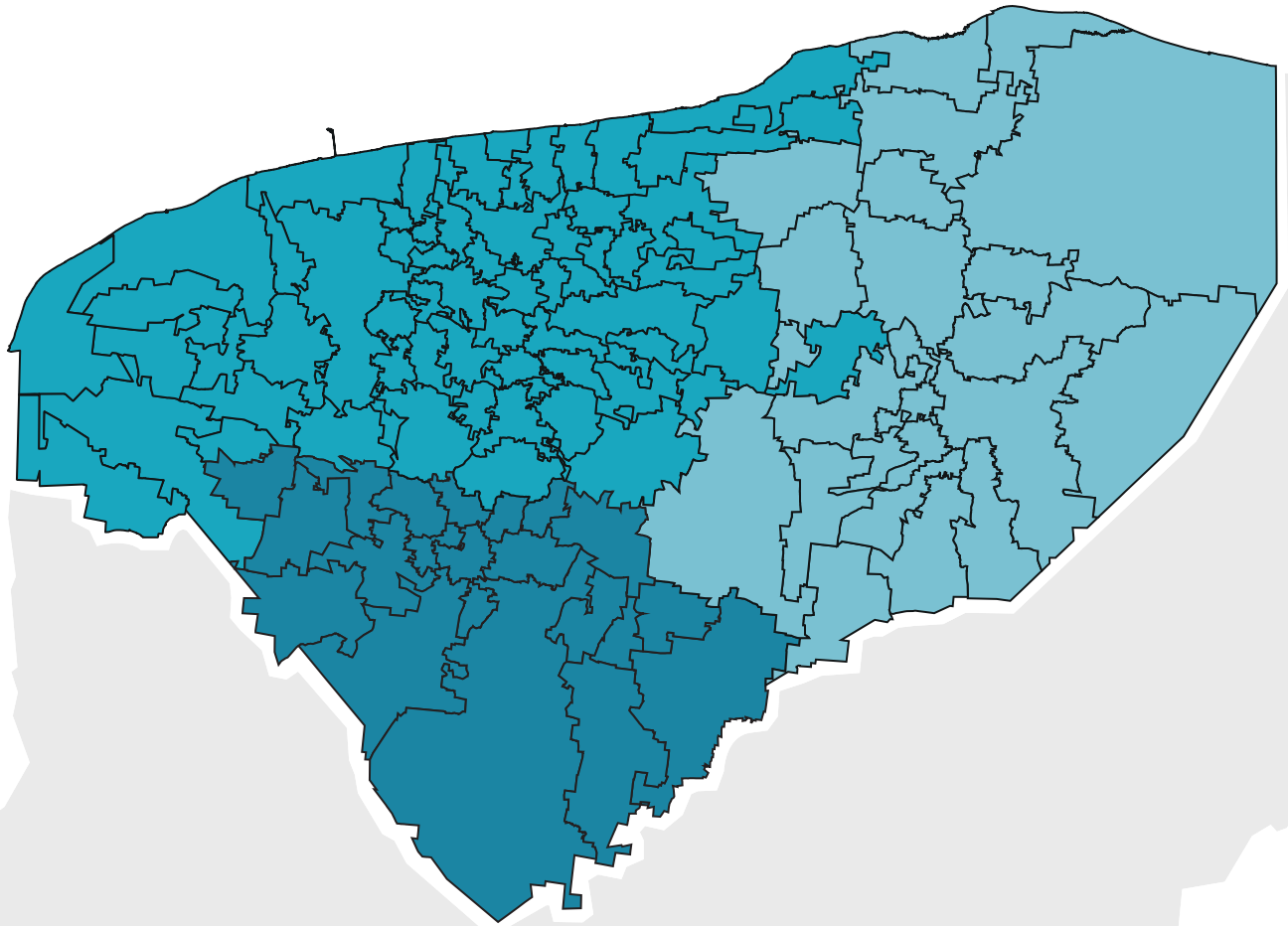
- La población ya está sensibilizada y sabe cómo protegerse.
- Las brigadas brindan seguimiento también a casos de enfermos crónicos y los reportan en otra plataforma, lo cual facilitaría su atención. También tienen otro tipo de brigada que vigila casos de cólera y otras enfermedades que están sujetas a vigilancia epidemiológica. A partir de esta experiencia, consideran que los pacientes valoran las visitas domiciliarias.
- También hay pacientes que se apegaron bien a la Estrategia. Se crearon vínculos estrechos entre personal de salud y pacientes. Cuando no les llamaban, los pacientes se reportaban:  
“Hubo mucha relación con el personal que estuvo involucrado con los pacientes y los pacientes con ellos”.
- Ya se tiene experiencia con el trabajo mediante brigadas:  
“No se trata de la misma manera a una persona que vive en una zona urbanizada en comparación con otra persona que vive en una zona rural, ahí le hemos ido buscando... la manera de impactar, de impresionar, de llamar la atención de la gente”.
- Estaría bien implementar la Estrategia en este momento que están regresando a trabajar con el modelo anterior. Se podría aprovechar para reorganizarse nuevamente.
- El personal de salud está motivado:  
“A nosotros, como personal de la salud, nos satisface. En este caso, en mi persona me hizo sentir que no me equivoqué de carrera, estoy sirviéndole a mi gente o a mi comunidad. En este caso aquí, a mí me gusta atenderlos, apoyarlos y fue una satisfacción apoyar a todas las personas, que con lo de la pandemia pudieron salir adelante”.
- La población ya está muy consciente de las medidas y de que no deben confiarse. Las brigadas hicieron mucha labor para promover actividades incluso con personas infectadas, como hacer ejercicio, “no mal viajar” por la enfermedad.
- La experiencia trabajando con las brigadas les dejó mucho conocimiento nuevo sobre el manejo de los padecimientos con este modelo de coordinación:  
“Me parece perfecto un grupo multidisciplinario: promotores, médicos, enfermeras. Llevar a efecto este programa porque ir a la casa es ir a ver las deficiencias, el paciente llega a la unidad y no sé cómo vive en su casa, pero si yo voy a la casa del paciente voy a ver las deficiencias desde su entorno”.
- Se mejoró la comunicación con la población:  
“Hemos hecho más amigos en la comunidad, más aliados, porque esas personas a las que nosotros les brindamos un apoyo hoy en día llegan y te dan las gracias”.
- Han recibido capacitación sobre el manejo de casos, identificar signos de alarma, incluidos aspectos de manejo emocional. Saben cómo trabajar de manera coordinada con el CS, la jurisdicción, reportar datos en los sistemas *online* de los servicios de salud del estado, y tienen contacto con los hospitales para sacar citas, referir casos y contactar ambulancias para atender emergencias por Covid-19. Realizaron censos municipales de personas con enfermedades crónicas. Conocen el área y a las familias.

# Yucatán

**E**l estado de Yucatán se encuentra ubicado en el sureste de México. Con una superficie de 39 540.5 km<sup>2</sup>, cuenta con 340 km de costa. Limita al este con el estado de Quintana Roo, al oeste con Campeche y al norte con el Golfo de México. El Censo de Población y Vivienda de 2020 evidenció que su población total es de 2 320 898, de los cuales 50.9% (1 180 619) son mujeres y 1 140 279 (49.1%) son hombres.

En cuanto a salud, los servicios estatales de Yucatán cuentan con tres JS: Mérida, Valladolid y Ticul, las cuales fueron incluidas en el presente estudio (mapa 6).





• Mapa 6. Ubicación de las JS en el estado de Yucatán

- Jurisdicción 03 Ticul
- Jurisdicción 01 Mérida
- Jurisdicción 02 Valladolid

## Estructura y Organización

*Distribución de unidades totales y unidades participantes con acciones contra la Covid-19 por JS y año.* La entidad contó con 169 unidades de salud distribuidas en las tres JS reportadas; 100% de unidades de salud participaron con acciones de la Estrategia APS para Covid-19 (cuadro XXV).

• Cuadro XXV. Distribución de unidades totales y unidades participantes con acciones contra la Covid-19 por Jurisdicción. Yucatán, 2020

Infraestructura	Mérida (I)	Valladolid (II)	Ticul (III)	Total
	n	n	n	N
Unidades totales en cada JS	56	78	35	169
Unidades de cada JS incluidas con acciones para Covid-19	56	78	35	169

*Distribución del personal de salud según tipo de organización, nivel de pertenencia y perfil por jurisdicción y año.* El personal asignado estuvo organizado en 237 grupos de acción, 231 de los cuales fueron equipos de salud, en su mayoría pertenecientes a los CS y seis Brigadas de Salud. La JS I Mérida fue la que reportó la mayor cantidad de personal, con 40% del total de los trabajadores (cuadro XXVI). De un total de 1 666 trabajadores de la salud, la mayoría fue personal de enfermería (964), seguido del médico (524), promotores de salud (97) y, por último, otro tipo de trabajadores (81).

• Cuadro XXVI. Distribución del personal de salud según tipo de organización, nivel de pertenencia y perfil por jurisdicción. Yucatán, 2020

	Mérida (I)	Valladolid (II)	Ticul (III)	Total
	n	n	n	N
<b>Jurisdiccional</b>				
Equipos de salud	4	0	0	4
Brigadas de salud	0	3	3	6
<b>Centro de Salud</b>				
Equipos de salud	50	177	Sí*	227
<b>Distribución del personal de salud según perfil profesional</b>				
Promotores de salud	30	25	42	97
Personal de salud por unidad (médicos)	209	219	96	524
Personal de salud por unidad (enfermería)	387	360	217	964
Personal de salud por unidad (otro)	51	30	0	81

Existencia de plan de trabajo y organización de acciones realizadas por nivel. En este ámbito la experiencia fue variable (cuadro XXVII).

Documentos y sistemas/fuentes de información. Se reportó la consulta de 18 documentos y sistemas/fuentes de información, todos de nivel federal, destacándose el *Lineamiento para la Atención de Pacientes por Covid-19* y el *Proceso de Prevención de Infecciones para las Personas con Covid-19*. Se mencionó también el uso de 14 fuentes de información, dos de nivel federal, tres estatal y nueve a nivel jurisdiccional. Destaca el uso de la plataforma Sisver.

• Cuadro XXVII. Existencia de plan de trabajo y organización de acciones realizadas por nivel. Yucatán, 2020

	Mérida (I)	Valladolid (II)	Ticul (III)
	n	n	n
<b>Plan de Trabajo</b>			
Jurisdiccional	Sí	Sí	-
Centro de Salud	-	Sí	-
Comunitario	-	Sí	-
<b>Acciones realizadas a nivel</b>			
Coordinación	Sí	Sí	-
Supervisión	-	Sí	-
Monitorización	Sí	Sí	-
Registro de actividades especiales	Sí	Sí	-
<b>Frecuencia de acciones realizadas</b>			
Coordinación	Diario (al inicio)	Diario/Mensual	-
Supervisión	-	Diario/Semanal/Mensual	-
Monitorización	Mensual	Diario	-
Registro de Actividades Especiales	Diario	Diario	-
<b>Existencia de registros de acciones realizadas</b>	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>	<b>-</b>

Distribución de unidades de salud según tipología por jurisdicción. El estado contaba con 172 unidades para las tres JS participantes, distribuidas en cuatro tipologías principales: Unidades Rurales, Unidades Móviles, Unidades Urbanas y CS con Servicios Ampliados. Las Unidades Urbanas de 1 y 2 núcleos básicos fueron las de mayor proporción y fue en la JS de Valladolid en la que se encontraba la mayor parte de unidades (cuadro XXVIII).

• Cuadro XXVIII. Distribución de unidades de salud según tipología por Jurisdicción. Yucatán, 2020

Tipología	Mérida (I)		Valladolid (II)		Ticul (III)		Estatal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CS con servicios ampliados	1	(1.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.6)
Rural	19	(32.2)	34	(43.6)	14	(40.0)	67	(39.0)
01 Núcleo básico	18	(94.7)	34	(100.0)	14	(100.0)	66	(98.5)
02 Núcleos básicos	1	(5.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.5)
Unidad móvil	9	(15.3)	16	(20.5)	7	(20.0)	32	(18.6)
Urbano	30	(50.9)	28	(36.1)	14	(40.2)	72	(41.8)
01 Núcleos básicos	16	(53.3)	7	(25.0)	3	(21.4)	26	(36.1)
02 Núcleos básicos	7	(23.3)	13	(46.4)	8	(57.1)	28	(38.9)
03 Núcleos básicos	3	(10.0)	2	(7.1)	0	(0.0)	5	(6.9)
04 Núcleos básicos	0	(0.0)	1	(3.6)	0	(0.0)	1	(1.4)
05 Núcleos básicos	0	(0.0)	3	(10.7)	0	(0.0)	3	(4.2)
06 Núcleos básicos	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(7.1)	1	(1.4)
07 Núcleos básicos	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(7.1)	1	(1.4)
08 Núcleos básicos	1	(3.3)	1	(3.6)	1	(7.1)	3	(4.2)
11 Núcleos básicos	1	(3.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.4)
12 Núcleos básicos y más	2	(6.7)	1	(3.6)	0	(0.0)	3	(4.2)
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>(100.0)</b>	<b>78</b>	<b>(100.0)</b>	<b>35</b>	<b>(100.0)</b>	<b>172</b>	<b>(100.0)</b>

Porcentajes en relación con el total por jurisdicción

Se tomaron en cuenta únicamente los CS en operación pertenecientes a los Sesas, aunque se excluyeron las Unemes

Fuente: Información obtenida del Catálogo Claves de la DGIS, octubre de 2020

## Indicadores

Los datos presentados incluyen hasta diciembre 2020.

Los indicadores para Yucatán son datos de infraestructura y recursos humanos solo para la JS de Ticul.

En la JS de Valladolid, 20% de los consultorios de las Unidades de Salud fueron para dar atención a pacientes de Covid-19. Asimismo, 17.7% de personal médico fue capacitado con este fin, así como 20.7% del personal de enfermería y 10.5% del personal promotor de salud.

Respecto al nivel de la ocupación hospitalaria, la JS de Ticul fue la que reportó el porcentaje más elevado, con 33.3% de ocupación. Mérida registró 30.2% y Valladolid 17% de ocupación. Finalmente, los datos que se reportaron para Valladolid en cuanto a la tasa bruta de casos Covid-19 mostraron un nivel de 19 casos por cada 1 000 habitantes y una tasa bruta de mortalidad de 1.4 por cada 1 000 habitantes en la JS (cuadro XXIX).

## Fuentes de información utilizadas

Yucatán utilizó datos de recursos humanos a partir del Sinerhías, utilizado para los reportes del personal e infraestructura. Otra fuente de información fue la plataforma Sisver, dependiente del Sinave, que recupera los casos de Covid-19, la mortalidad, la morbilidad y la atención, así como pruebas de Covid-19.

• Cuadro XXIX. Indicadores Covid-19. Yucatán, 2020

Indicador	Yucatán			
	Mérida (I)	Ticul (III)	Valladolid (II)	
1	Porcentaje de consultorios en atención a Covid-19	-	19.5	16.5
2	Porcentaje de personal médico capacitado para atención a Covid-19	-	17.7	-
3	Porcentaje de personal de enfermería capacitado para atención a Covid-19	-	20.7	-
4	Porcentaje de personal promotor de salud capacitado para Covid-19	-	10.5	-
5	Porcentaje de ocupación hospitalaria por Covid-19	30.2	33.3	17.0
6	Razón pacientes Covid-19 por médico general	-	-	-
7	Razón pacientes Covid-19 por médico especialista	-	-	-
8	Tasa bruta de casos Covid-19	-	-	19.5
9	Porcentaje pruebas en usuarios Covid-19	-	-	-
10	Tasa de letalidad por Covid-19	-	-	-
11	Tasa de mortalidad Covid-19	-	-	1.4
12	Porcentaje de casos Covid-19 en seguimiento	-	-	-
13	Porcentaje de personas usuarias con solicitud de prueba Covid-19	-	-	-
14	Porcentaje de personas usuarias con asesoría (explicación de proceso de atención y cuidados preventivos)	-	-	-
15	Porcentaje de personas con enfermedades crónicas no trasmisibles	-	-	-
16	Porcentaje de personas con alto riesgo para Covid-19	-	-	-
17	Porcentaje de embarazadas sospechosas que resultaron positivas a Covid-19	-	-	-
18	Porcentaje de personas usuarias con signos de alarma	-	-	-
19	Porcentaje de personas usuarias con Covid-19 referidas	-	-	-
20	Porcentaje de personas con verificación de esquema de vacunas actualizado	-	-	-

Los datos se solicitaron con fecha de corte diciembre de 2020  
 Indicadores calculados con información proporcionada por el estado  
 Los espacios con guion (-) significan que los datos no fueron reportados  
 Las tasas se calcularon por 1 000 habitantes  
 Fuente: Datos del Sinerhías, del Sisver y del Censo 2020

Para la obtención de la información cualitativa en el estado de Yucatán se entrevistó en total a 22 actores clave. Los entrevistados corresponden a los diferentes niveles de la estructura jerárquica jurisdiccional, a personal médico, de enfermería y promotores sanitarios de los diversos CS, a un epidemiólogo y a la persona responsable de salud a nivel municipal (cuadro XXX).

• Cuadro XXX. Número de actores entrevistados por nivel jerárquico y tipo de personal. Yucatán

Nivel	Total de entrevistas por nivel	Tipo de personal
Nivel estatal de planeación y encargos en JS	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Director jurisdiccional</li> <li>• Encargos de nivel jurisdiccional</li> <li>• Epidemiólogo</li> </ul>
CS	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal médico (8)</li> <li>• Personal de enfermería (4)</li> <li>• Promotores (3)</li> </ul>
Otros	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable municipal de salud</li> </ul>
<b>Total</b>	<b>22</b>	

## Respuesta a la pandemia: Organización general

La respuesta de los servicios de salud de Yucatán se caracterizó porque las unidades se organizaron de acuerdo con su nivel de complejidad y destinaron espacios exclusivos para la atención de pacientes con Covid-19. Se implementaron las Usmer y las Brigadas de Epidemiología que se especializaron en la atención y toma de muestras para hacer el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con Covid-19. Los Ayuntamientos, las radiodifusoras y la iglesia católica también se coordinaron para realizar actividades de prevención y trasladar a pacientes a hospitales que se prepararon con la reconversión hospitalaria.

Infraestructura. Adecuaciones realizadas ante la pandemia

Al inicio de la pandemia, las autoridades instalaron retenes en las entradas tanto a nivel estatal como municipal (incluyeron aeropuerto y central de autobuses) en los cuales interrogaban a la población en busca de signos de enfermedad respiratoria y aprovechaban para transmitir información referente a la enfermedad de Covid-19 (síntomas y signos de alarma), así como las medidas para prevenir la enfermedad.

Al interior de cada JS se vincularon con los diferentes departamentos para compartir información referente a Covid-19, capacitar al personal, prepararse y que no faltaran insumos, medicamentos y EPP, así como para instalar brigadas y establecer coordinación entre JS, CS y unidades hospitalarias. Algunos jefes jurisdiccionales entrevistados narraron que elaboraron un programa para su jurisdicción a partir de un diagnóstico de la situación al inicio de la pandemia.

En esta etapa el personal de salud recibió capacitación en línea sobre la Covid-19 y las medidas de prevención del personal de salud y de la población. Además de esta capacitación, cada unidad buscó información al tomar en cuenta la situación de desconocimiento de la enfermedad, el temor y la incertidumbre de la población.

Cada CS llevó a cabo adecuaciones en su infraestructura de acuerdo con la complejidad de cada unidad. En las entradas de los CS también se instalaron filtros que buscaban datos de enfermedad respiratoria. En caso de identificar esos datos, se enviaba a los consultorios dedicados a la atención de estos pacientes. Se daba, además, la indicación de agilizar la consulta, de no entrar con acompañantes y de guardar la sana distancia.

En algunos centros fue posible destinar consultorios exclusivos para la atención de pacientes con síntomas respiratorios y otros para la atención de pacientes de programas prioritarios o que iban por problemas no relacionados con Covid-19.

En algunas unidades de primer nivel de atención, de los municipios con mayor población, se adecuaron espacios como los consultorios de odontología o las oficinas del área directiva para implementar las unidades monitoras de Covid-19 y las Usmer, en las cuales se toma la muestra, se llenan los formatos, se sube la información a la plataforma y se coordina con las brigadas especializadas para recoger las muestras y llevarlas al laboratorio estatal. En una jurisdicción contaban con cinco Usmer, las cuales cuentan con insumos para la toma de muestras y oxígeno. Todo el equipo es del CS, no hubo apoyos para insumos o equipamiento.

En las unidades de primer nivel se marcaron las rutas que seguirían los pacientes para pasar a su consulta. Además, en las salas de espera se estableció la sana distancia al reacomodar los asientos, lo que implicó que algunas unidades gestionaran recursos para comprar domos e instalarlos afuera de la unidad y así proteger a los pacientes que esperaban pasar a consulta.

En las unidades pequeñas con un solo consultorio no fue posible hacer adecuaciones en la infraestructura, sólo pusieron horarios para la atención de pacientes de programas prioritarios, y a los sospechosos de Covid-19 los dejaron hasta el final de la jornada laboral.

El personal médico entrevistado del CS rural refirió que los hospitales de segundo nivel y de alta especialidad hicieron la reconversión hospitalaria con espacios exclusivos para la atención de pacientes con Covid-19, pero las demás áreas siguieron atendiendo a pacientes con otras patologías:

*“Desde el principio nos hablaron de las Usmer, y se convirtió el consultorio dental en Usmer desde marzo, y se hicieron las adecuaciones para convertir este consultorio en Usmer.... la epidemióloga y yo personalmente les dábamos seguimiento a los pacientes. Como teníamos todos los datos del paciente, les llamábamos por teléfono” (personal médico del un CS rural).*

## Recursos humanos

Muchas de las unidades de salud refirieron que alrededor de 30% del personal de salud estuvo de resguardo por factores de riesgo para complicarse de Covid-19. Los resguardos se han implementado de acuerdo con los semáforos epidemiológicos y a los decretos tanto federales como estatales; no llegó personal a suplir los resguardos y en muchos casos no hubo contratos nuevos. Además, varias unidades de salud no cuentan con el personal que marca la normativa de acuerdo con su complejidad y a las plantillas establecidas; por ejemplo, no cuentan con el personal de enfermería y promotores salud que les corresponde por núcleo básico. El resto del personal que no se fue de resguardo laboró con guardias de marzo a septiembre de 2020. Se presentaban a trabajar durante una semana y a la siguiente descansaban o hacían trabajo en casa. También se mencionó que hubo personal que decidió seguir asistiendo a pesar de tener factores de riesgo, así como personal que desde su casa apoyaba diariamente en tareas que se le encomendaban. Sin embargo, refirieron que no hubo necesidad de nuevas contrataciones porque la afluencia a los CS bajó demasiado por el temor de la población a contagiarse. También porque las citas programadas se espaciaron.

Dentro de los actores nuevos durante la pandemia está el personal que conforma las Usmer, las cuales cuentan con un epidemiólogo o médico que apoya en la toma de la muestra, llena los formatos, sube la información a la plataforma y se coordina con las brigadas especializadas para recoger las muestras y llevarlas al laboratorio estatal. Además, estas unidades cuentan con una enfermera y un químico quienes toman las muestras y apoyan en el funcionamiento. Estos nuevos actores fueron contratados por el Insabi:

*“Afortunadamente el Insabi nos envió un médico que es el que está encargado de hacer la valoración, de decir quién se va a su casa, qué se le va a hacer, a quién se le va a tomar la muestra y se programan las muestras con los químicos de la unidad, así es como manejamos este problema” (personal médico de un CS urbano).*

Otros actores nuevos se desempeñaron en las JS e integraron las Brigadas Epidemiológicas (conformadas por un médico y dos enfermeras) para la toma de muestras de pacientes sospechosos con Covid-19. Se coordinaban con los CS para citar a los pacientes en la unidad, tomar las muestras, llevarlas al laboratorio estatal de salud pública y notificar los resultados. En caso de salir positivo y con síntomas leves, la propia brigada le daba seguimiento en casa y capacitaba a la familia sobre las medidas de aislamiento y cómo prevenir más contagios. El personal de las brigadas especializadas fueron también nuevos contratos del Insabi.

Los programas Médico 24/7 y Médico a Domicilio, que ya existían y que dependen de los Ayuntamientos, colaboraron para enfrentar la pandemia. Además, se coordinaron con los servicios de salud de Yucatán, principalmente en aquellos municipios en los cuales no existía personal en ciertos horarios y fines de semana, de manera que en caso de identificar pacientes y requerir

ser enviados a los hospitales, ellos los podían referir. El programa Médico a Domicilio apoyó en la búsqueda de personas con riesgo de complicarse por Covid-19:

“24/7 son como dispensarios médicos que puso el Gobierno del estado para que tengamos médico 24 horas”  
(agente de salud municipal de CS rural).

Los entrevistados refirieron que han tenido suficientes insumos, medicamentos y EPP para todos los trabajadores que estaban frente a pacientes, incluyendo a diferentes pasantes del Servicio Social.

## Acciones realizadas para implementar la Estrategia APS para Covid-19

### *Acciones comunitarias*

Las JS implementaron las Brigadas Epidemiológicas (conformadas por un médico y dos enfermeras). Se coordinaban con los CS. En caso de detectar un caso sospechoso se reportaba a la brigada o al responsable del programa de epidemiología y se citaba a los pacientes. Mandaban a la brigada a tomar la muestra, a hacer el estudio epidemiológico, se llevaba al laboratorio estatal de salud pública y notificaban los resultados. Además, en caso de salir positivo y con síntomas leves, la propia brigada daba seguimiento en casa al paciente y a los contactos por 14 días vía telefónica o visita domiciliaria. Asimismo, capacitaban a la familia sobre las medidas de aislamiento y cómo prevenir más contagios.

En algunas unidades de salud, que contaban con enfermeras de campo, ellas se encargaron de localizar los casos confirmados, designar a una persona en la familia para tener el contacto y hacer el seguimiento mediante llamadas o visitas.

### *En el CS*

En las unidades de salud urbanas de los municipios más grandes y con mayor demanda de atención, se implementaron las unidades monitoras de Covid-19 con las Usmer, las cuales cuentan con un epidemiólogo que decide a quién tomar la muestra, llena los formatos, sube la información a la plataforma y se coordina con las brigadas especializadas para recoger las muestras, llevarlas al laboratorio estatal y entre 24 y 48 horas se cuenta con el resultado que se comunica directamente vía telefónica, por *WhatsApp* o correo electrónico. Si las personas así lo preferían, también podían recoger el resultado en el CS. Cabe señalar que tienen la indicación de tomar 100% de muestras a pacientes sospechosos. Las muestras que se toman son RT-PCR para Covid-19.

Las Usmer contaron además con oxígeno para los pacientes que iban a referir y que se quedaban con ellos hasta cinco horas esperando ser recibidos por los hospitales.

Cuando hubo pacientes graves, a nivel estatal existen los hospitales de segundo nivel y de alta especialidad, los cuales hicieron la reconversión hospitalaria con espacios exclusivos para la atención de pacientes con Covid-19, pero los demás servicios seguían atendiendo a pacientes con otras patologías. Con los de alta especialidad hicieron convenios para la atención de pacientes con Covid-19, ya que estos pertenecen a la SS. Tenían la indicación de que, si algún paciente saturaba por debajo de 92 de oxígeno, se refería a los hospitales establecidos para ello.

El proceso de referencia o de continuidad de la atención de pacientes complicados puede ser de las siguientes formas:



- Acudir directamente a los hospitales.
- Existe una coordinación directa con los hospitales comunitarios para el traslado de los pacientes.
- Vía *WhatsApp*: se solicita la ambulancia, se manda la referencia con todos los datos, sintomatología, se sube a un grupo de directores de referencia, se pide autorización al Hospital O'Horan de Mérida para enviar un paciente con "tales características", nivel de saturación y a la vez solicitar la ambulancia. Se busca apoyo en el hospital de alta especialidad que recibe pacientes confirmados y a veces tardan tres o cuatro horas en recibirlos. El convenio es que atiendan a pacientes con Covid-19.
- Se triangulaba con la jurisdicción para solicitar la ambulancia y para que la propia JS gestionara el ingreso al hospital de Mérida. El médico encargado hacía la referencia.

### ***Seguimiento de programas prioritarios***

A los pacientes de los programas prioritarios, como son de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión y obesidad), control de niño sano y de mujeres embarazadas, se les suspendieron las consultas en los CS por considerarlos de alto riesgo. Por lo tanto, se citó a los familiares para otorgar sus medicamentos hasta por tres meses, para lo cual se agendaron citas y se agilizaron las consultas. En muchos CS se dio el seguimiento de pacientes vía celular y *WhatsApp*. En caso de ameritar revisión en la unidad, se agendaba una cita. Sin embargo, también hubo opiniones al respecto:

"Los pacientes de programas prioritarios se han descuidado y esto puede provocar que se descontrolen los pacientes con ECNT y, además, aumenten las muertes maternas" (personal médico).

Referente al programa de vacunación, hubo sobredemanda de vacuna contra la influenza que se administró en los CS a finales de 2020. Los entrevistados de CS comentaron que se observó relajamiento de la población y debería haber medidas más estrictas desde la municipalidad para vigilar el seguimiento adecuado de las medidas para evitar contagios.

### ***Coordinación con otros sectores***

Se han coordinado con radiodifusoras locales, sistemas de cable y con los Ayuntamientos, quienes vocearon las medias preventivas y proporcionaron información sobre asistir a la unidad de salud en caso de presentar los síntomas de alarma. En las comunidades que hablan maya, la información se promocionó también en su idioma.

Se coordinaron con los Ayuntamientos, a los que previamente capacitaron personal de las JS para las acciones de mitigación, prevención y traslado de pacientes en sus ambulancias. En algunos poblados incluso se hicieron rondines para evitar agresiones contra pacientes positivos de Covid-19. En otros se repartió gel antibacterial a taxistas, en puestos de comida, tiendas. Incluso, hubo participación de representantes del área de salud del Ayuntamiento pues recolectaron la donación de cubrebocas y la repartieron entre la población, así también pasó con despensas y otros materiales desinfectantes. También los Ayuntamientos prestaron a los CS la máquina para desinfectar tanto los consultorios destinados a pacientes con enfermedad respiratoria, como toda la unidad. Esto de manera permanente.

Con representantes de la religión católica hubo trabajo en conjunto. Ayudaron a difundir mensajes hacia la población. Entrevistados comentaron que los vínculos que ya se tenían con la población y con la iglesia se fortalecieron con la pandemia en un trabajo conjunto.

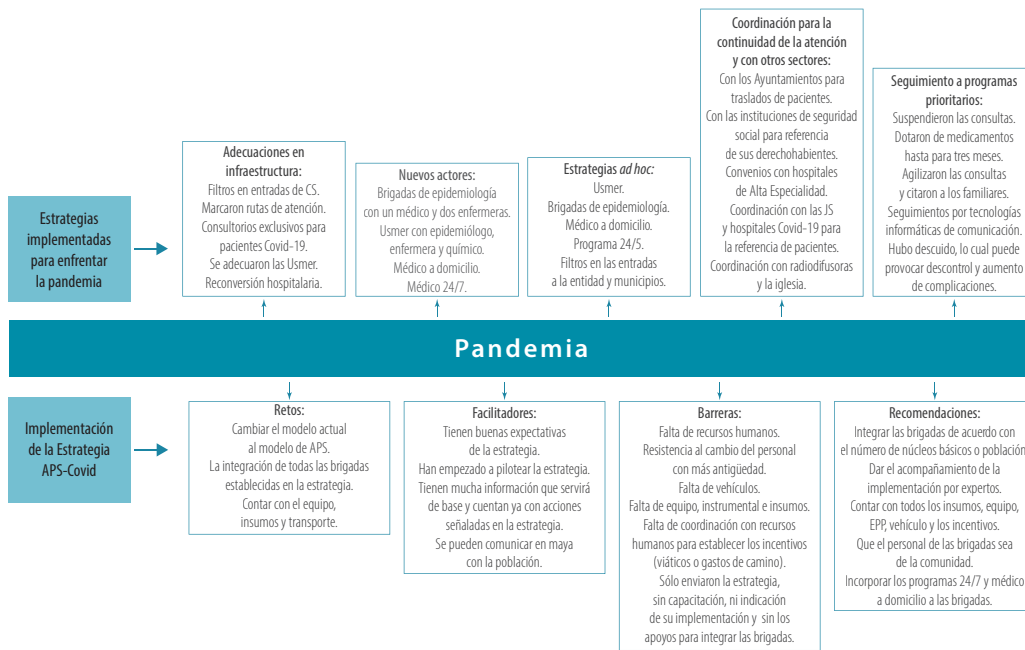
Con las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) se coordinaron para atender a sus pacientes y contrarreferirlos con ellos para seguimiento o atención, según tipo de derechohabencia y de complicaciones.

En ciudades donde se cuenta con hospitales de alta especialidad, que pertenecen a la SS, se establecieron convenios para atender a pacientes contagiados graves.

• Esquema 5.

Yucatán

Estrategias innovadoras y retos para implementar la estrategia APS-Covid



Sistemas de información utilizados

Implementaron un sistema de información propio a nivel local y estatal para mejorar la toma de decisiones, en el cual se cuenta con las estadísticas de pacientes con Covid-19, sospechosos positivos y defunciones por CS.

## Retos identificados y recomendaciones de los entrevistados para implementar Estrategia APS para Covid-19

El personal médico entrevistado perteneciente a un CS rural manifestó conocer el documento publicado de la Estrategia APS para Covid-19 y como un reto para continuar con esa estrategia señaló que:

*“Hace falta que tanto el Gobierno, el personal de salud y la población estén en sintonía para lograr la coordinación y los objetivos” (personal médico).*

En el momento en que se realizaron las entrevistas, no se habían formado grupos de acción como lo propone la Estrategia APS para Covid-19, ya que eso implicaba contratar recursos humanos para integrarlos. Sin embargo, el equipo de salud del CS realizó las actividades propuestas en la Estrategia para las brigadas como es la prevención, atención y seguimiento de casos positivos a Covid-19.

Cabe señalar que a principios de 2021 un entrevistado de nivel estatal manifestó que la Estrategia se iba a empezar a pilotear en siete CS y que las brigadas que integrarían son las comunitarias con los promotores que se cuentan. Pero las brigadas especializadas en este momento no sería posible integrarlas por la falta de recursos para contratación personal médico y de enfermería. Después del piloto se podrán hacer las adaptaciones pertinentes.

Algunas opiniones de entrevistados de CS fueron las siguientes:

*“Cuando leí la Estrategia pensé que todo el personal iba a ser nuevo, no con mi personal, porque con mi personal estamos mermados, no tenemos tantísimos médicos y los que están, están por jubilarse” (personal médico de CS rural).*

*“Encaja perfectamente y se puede desarrollar siempre y cuando se tengan los recursos para la contratación” (personal médico de CS rural).*

Uno de los principales retos identificados al entrevistar al personal, es cambiar el modelo de atención vigente hacia un modelo basado en APS, como lo contempla la Estrategia. Y, por otro lado, convencer a todos los niveles de que ese es el mejor modelo para enfrentar la pandemia y los demás problemas propios de las enfermedades crónicas y de los otros programas prioritarios. Refieren que se necesita reforzar las acciones a nivel comunitario, cambiar el modelo hacia APS y buscar personal para integrar las brigadas establecidas en el documento, además de capacitar al personal para hacer las acciones de promoción de la salud.

Otro reto es la integración de las brigadas, ya que en este momento no cuentan con todo el personal que requieren de acuerdo con las plantillas de recursos humanos:

*“No han considerado la falta de personal e insumos, sobre todo de promoción de la salud. Pero además no es tan fácil decir al personal que deben salir a hacer trabajo de campo porque están sindicalizados y el sindicato no está de parte del patrón, apoya al más flojo y al que menos quiere trabajar y te topas con pared” (personal médico de CS rural).*

*“Como le dije anteriormente, lo que ellos piden siempre es tener su equipo de protección personal, ellos pueden salir al campo, por ejemplo, quieren entrevistar a una familia, pero ellos quieren llegar con su careta, con su buen cubrebocas, su bata, eso es lo que piden” (personal médico de CS rural).*

Por otro lado, los entrevistados opinaron que el número de brigadas en unidades con muchos núcleos básicos se deben definir de acuerdo con el número de población bajo responsabilidad de la unidad médica. La Brigada Especializada deberá tomar muestras rápidas para dar seguimiento a los pacientes y las acciones de prevención de manera inmediata.

Recomendaron que las brigadas cuenten con EPP, con insumos, equipo y vehículo para realizar actividades necesarias de promoción de la salud, así como conseguir a personal de las localidades para integrarlas.

Los programas Médico 24/7 y Médico a Domicilio se podrían reconvertir para la nueva estrategia de brigadas de APS para Covid-19. No habría que conseguir más personal y en caso de no haber recursos se podría reagrupar estos equipos.

## Barreras y facilitadores para la implementación de acciones

### *Barreras*

- Para poder llevar a cabo la Estrategia APS para Covid-19 los entrevistados señalaron que la principal barrera es la falta de recursos humanos para integrar las Brigadas Especializadas y las Brigadas Comunitarias que contempla dicha estrategia.
- Se carece de vehículos para trasladar a las brigadas a las comunidades alejadas.
- Se mencionó cierta reserva del personal de salud con muchos años de antigüedad y sindicalizado para realizar actividades comunitarias.
- En algunas comunidades la principal barrera identificada está relacionada con la población:  
“La población de esta localidad no acepta tener ‘uniformados’ visitándoles en sus casas [así llaman al personal de salud que llega con su traje de protección] por el temor al ‘qué dirán sus vecinos’”  
(personal médico de CS rural).
- Referente al tema de salud mental los entrevistados mencionaron que no cuentan en todas las unidades con personal con competencias y cualidades para atender esas necesidades.
- Cuando el paciente acude inicialmente al CS, se envía con referencia, pero no siempre recibe la contrarreferencia del hospital.
- Las unidades de primer nivel de atención no cuentan con ambulancias, se apoyan con los Ayuntamientos. Algunas ambulancias sólo son de traslado, mientras que otras están equipadas y cuentan con cápsulas.

### *Facilitadores*

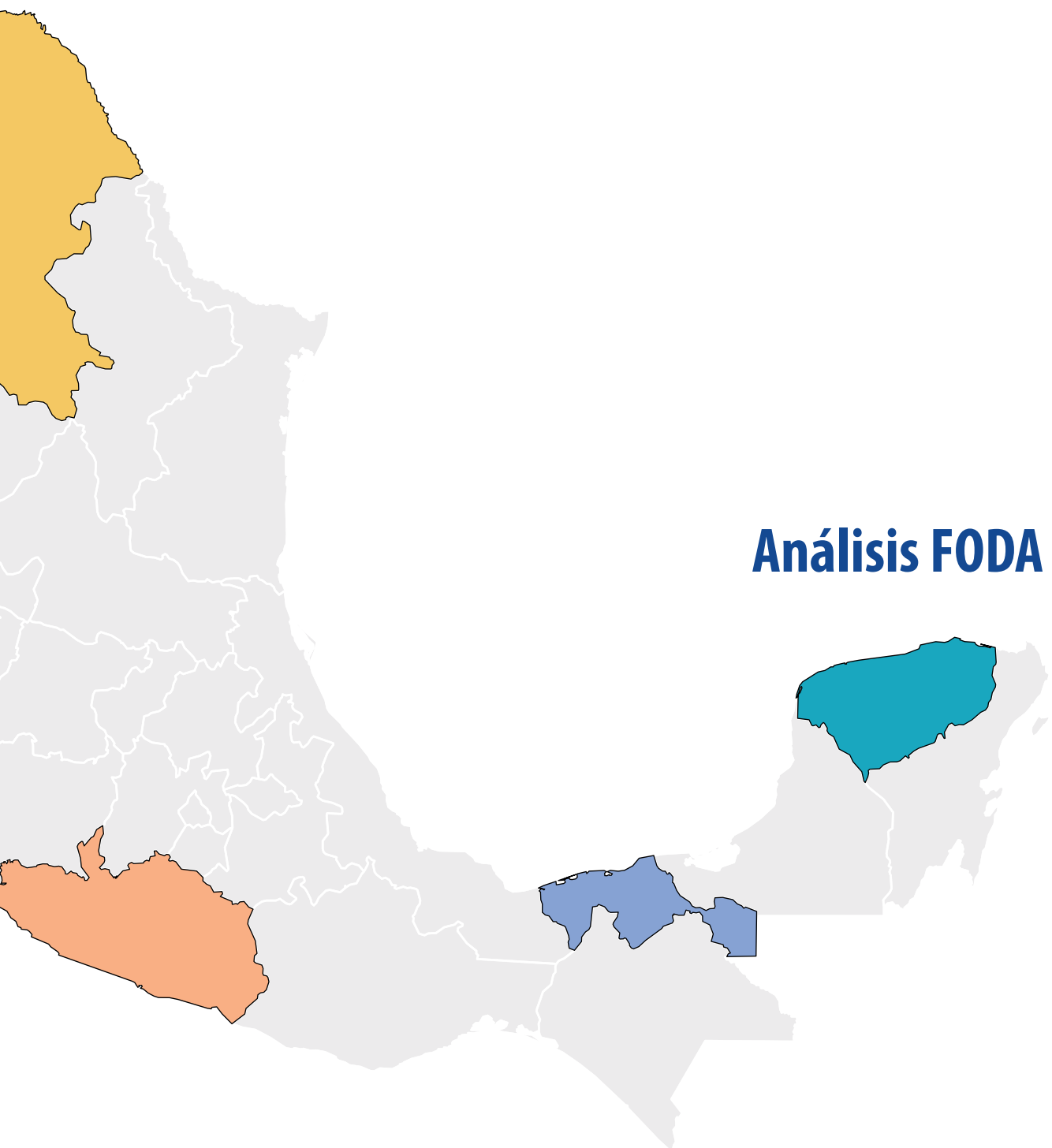
- El personal de salud conoce a su población y existe una base de seguimiento de los pacientes. Se cuenta con la información de los grupos vulnerables. Muchas de las acciones contempladas en el documento de Estrategia APS para Covid-19 ya las están llevando a cabo, sólo falta organizarlas y fortalecerlas. En las localidades que hablan maya, cuentan con traductores y mucho personal de salud habla el idioma, ya que la

acreditación de las unidades así lo exige. El trabajo mediante grupos de ayuda mutua fomenta que se conozca bien a los pacientes:

“En la población cuentan con ‘jefas de manzana’, activadoras, comités de salud que también apoyan en la traducción al maya” (personal médico de CS rural).

- Iniciaron el programa piloto para implementar la Estrategia APS para Covid-19 en siete municipios.
- Algunos choferes de ambulancias y sus acompañantes también se han capacitado para los traslados, limpieza y desinfección de los vehículos.





## Análisis FODA

# Coahuila

	Fortalezas	Debilidades
Origen Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta coordinada de los niveles intra e intersectorial a través de comités estatales de seguridad en salud y los comités jurisdiccionales.</li> <li>• Formación de subcomités para la participación de municipios.</li> <li>• Estrategias colaborativas entre sector salud, universidades y voluntariado.</li> <li>• Reconversión hospitalaria.</li> <li>• Mejoramiento de la infraestructura (cinco laboratorios regionales de biología molecular).</li> <li>• Cabinas móviles para toma y traslado de muestras.</li> <li>• Servicio de ambulancias Covid para traslado de pacientes.</li> <li>• Establecimiento de <i>call center</i> para dar seguimiento a pacientes Covid.</li> <li>• Establecimiento de un sistema de seguimiento telefónico y/o por videollamada de pacientes cardiometabólicos.</li> <li>• Creación de un sistema de información para ERAS.</li> <li>• Micrositio con estadísticas actualizadas diariamente &lt;<a href="http://www.saludcoahuila.gob.mx/covid">www.saludcoahuila.gob.mx/covid</a>&gt;.</li> <li>• Creación de una plataforma virtual para capacitación al personal de salud.</li> <li>• Acciones de promoción a la salud, tradicionales y nuevas (redes sociales, medios de comunicación social).</li> <li>• La experiencia de las Brigadas de Salud.</li> <li>• En zonas rurales el personal de salud conoce muy bien a la población.</li> <li>• Los Ayuntamientos cuentan con personal de salud pública.</li> <li>• Se han realizado diagnóstico de necesidades para reorientar acciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiencia de personal de promoción en los CS.</li> <li>• Desabasto de medicamentos para programas prioritarios.</li> <li>• Limitaciones tecnológicas y económicas para continuar con la atención telefónica.</li> <li>• Falta de recursos para dar mantenimiento a vehículos, pagar viáticos, gasolina y seguros a personal que brinda atención domiciliaria.</li> <li>• Desatención de la salud mental para personal de salud.</li> <li>• Implementación de la Estrategia APS para Covid-19 en centros urbanos y periurbanos.</li> <li>• No se han realizado evaluaciones internas de programas y acciones.</li> <li>• La APS ha estado relegada en los últimos años en los servicios de primer nivel de atención.</li> </ul>
	Oportunidades	Amenazas
Origen externo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuidad de la colaboración con universidades (por ejemplo, para la capacitación a personal sanitario).</li> <li>• Reforzamiento de colaboración con cámaras industriales para proteger la salud de empleados (acciones en parques industriales).</li> <li>• Inicio de la implementación del Programa de Redes Integrales de Salud (RIS) de la OPS en las JS de Salinas y Torreón, el cual podría tener sinergias positivas con estrategias Covid-APS.</li> <li>• Rescatar los sistemas locales a través del Modelo de Equipos Zonales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población cansada de restricciones por Covid-19.</li> <li>• No toda la población cuenta con teléfono y/o internet.</li> <li>• Desinformación o noticias falsas por parte de la población.</li> <li>• Movilidad poblacional.</li> </ul>



### Fortalezas y Debilidades (origen interno)

Las fortalezas para la implementación de la Estrategia APS para Covid-19 pueden ser observadas en los distintos niveles del sistema sanitario del estado. A nivel de las JS se estableció una red de coordinación interinstitucional mediante la instalación de distintos comités que hicieron posible tener un panorama de los problemas urgentes por resolver. La creación de dos sistemas de información permitió conocer la evolución de la enfermedad, orientar las acciones y mantener a la población informada de los riesgos locales.

La reconversión hospitalaria y las adecuaciones en los servicios de salud garantizaron un sistema de referencia y contrarreferencia oportuna.

La virtualidad permitió un conjunto de acciones que posibilitaron enfrentar la cambiante situación epidemiológica. La capacitación del personal sanitario fue posible y permanente a través de una plataforma virtual. La instalación de un *call center* facilitó el seguimiento de pacientes sospechosos y positivos. A través de *Facebook* se difundieron mensajes a la población y mediante *WhatsApp* se continuó con el seguimiento a pacientes de los distintos programas prioritarios.

Sin embargo, el desabasto de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas afectó la continuidad en la adherencia al tratamiento.

El afianzamiento de relaciones de colaboración con sectores gubernamentales como los Ayuntamientos. La conformación de brigadas y el trabajo de las unidades móviles tuvieron como fortaleza el acercamiento a la población, particularmente en zonas urbanas y periurbanas, así como el conocimiento que el personal de salud tiene de la población y sus necesidades.

Si bien también fue atendida la población rural, se reconoció como debilidad que hace falta llegar a localidades más alejadas.

El accionar de las brigadas y unidades móviles presenta debilidades como insuficiencia de personal de promoción, falta de recursos para dar mantenimiento a vehículos, pagar viáticos, gasolina y seguros al personal que da atención domiciliaria.

Otra debilidad señalada fue la desatención de la salud mental, tanto en el personal de salud como en la población. Hubo demanda de atención para tratar estrés, depresión y ansiedad.

Por último, si bien se realizaron diagnósticos de necesidades en los distintos departamentos o áreas de la jurisdicción, queda pendiente una evaluación interna de los logros y alcances de las acciones frente a la Covid-19, así como del desempeño del personal por nivel operativo.

### Oportunidades y Amenazas (origen externo)

La cooperación entre los Sesa y el sector empresarial (cámaras industriales) se constituyó en una oportunidad para favorecer acciones positivas de salud, en población trabajadora, que puede afianzarse.

Frente a las necesidades de respuesta a la emergencia sanitaria, volver la mirada a la APS representa una oportunidad de poner dicha Estrategia en el centro de las acciones en salud. Se mencionó el rescate de los sistemas locales de salud a través del Modelo de Equipo Zonales. A futuro, las acciones de APS-Covid-19 pueden capitalizarse junto con la implementación del Programa de RIS de la OPS, recientemente iniciado en las JS de Salinas y Torreón.

Las amenazas se ubican en la población usuaria que es considerada por el sector salud como un obstáculo para el buen desempeño de las acciones comunitarias, no es receptiva a las acciones por tener miedo de contagiarse por el personal de salud y se percibe que está cansada de las medidas preventivas, o bien, se deja llevar por noticias falsas. De ahí que se considere como oportunidad centrar esfuerzos en educar a la población para ayudarle a discernir cuáles son las fuentes confiables de información y cuáles no. La movilidad por parte de la población es otro factor que dificulta las acciones comunitarias.

# Guerrero

	Fortalezas	Debilidades
Origen Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>En CS adecuaron áreas para la atención exclusiva de pacientes. Incluso, en el exterior de los CS instalaron puestos de vacunación, consultorios para atención de pacientes con Covid-19, pusieron filtros, trazaron rutas de circulación y realizaban pruebas rápidas a sospechosos.</li> <li>En los CS cuentan con información importante para localizar a pacientes de programas prioritarios (tarjeteros).</li> <li>Las JS instalaron módulos estratégicos en las ciudades para toma de PCR.</li> <li>En algunas JS se coordinaron con los CS para la toma de muestras y con los hospitales para la referencia de pacientes graves de Covid-19.</li> <li>En hospitales de segundo nivel de atención adecuaron también áreas exclusivas de atención de pacientes respiratorios, y en algunos implementaron la reconversión hospitalaria.</li> <li>Para las acciones de prevención, promoción y seguimiento de pacientes positivos implementaron brigadas que iban casa por casa en zonas de alta prevalencias.</li> <li>Utilizaron las TIC para dar recomendaciones y aclarar dudas a la población.</li> <li>Instalaron filtros en las entradas del municipio y central de autobuses.</li> <li>Dieron seguimiento telefónico y a domicilio a pacientes con ECNT. Además, ofrecieron insulina, medicamentos por dos o tres meses y atención en horarios exclusivos.</li> <li>Utilizaron las salidas a la comunidad para dar seguimiento a pacientes de programas prioritarios.</li> <li>Personal de psicología apoyó tanto a pacientes como a personal de las unidades médicas en la atención de su salud mental.</li> <li>Se identifica además buena actitud y disposición del personal de salud para enfrentar la pandemia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de recursos humanos para integrar las brigadas. Además, en algunas unidades se fueron a resguardo hasta 60% del personal.</li> <li>Unidades de salud con rezago en infraestructura.</li> <li>Existe desabasto de medicamentos, de insumos, instrumental, equipo médico y EPP. También carecieron de material de promoción y prevención.</li> <li>Falta de vehículos y de combustible para traslado a las comunidades.</li> <li>El personal de enfermería y de promoción de la salud no fue capacitado.</li> <li>Limitaciones tecnológicas y económicas para continuar con la atención telefónica.</li> <li>Unidades de salud y localidades sin acceso a internet y telefonía.</li> <li>El propio personal de salud ha tenido que comprar EPP, equipo médico y de promoción.</li> <li>La distribución de insumos y EPP fue más expedita en unidades urbanas, cercanas a las JS. Otras, más alejadas, ocasionalmente necesitaron comprar con sus recursos EEP e instrumental (oxímetros y termómetros).</li> </ul>
	Oportunidades	Amenazas
Origen Externo	<ul style="list-style-type: none"> <li>En algunas JS el personal de salud habla lenguas originarias (mixteco, tlapaneco y amuzgo).</li> <li>Aprovecharon las brigadas de dengue, zika y chikungunya para que se enfocaran también en la prevención de Covid-19.</li> <li>Instalaron el Covitel para informar a la población de las medidas preventivas, orientar y atender en caso de enfermos.</li> <li>Algunas JS lograron buena coordinación con los Ayuntamientos, la iglesia y los comités locales de salud para la promoción y traslado de pacientes.</li> <li>Recibieron donación de pruebas rápidas por parte de la OPS.</li> <li>Hubo apoyo recíproco con escuelas de medicina y enfermería para la atención de pacientes y ofrecer campos clínicos para prácticas.</li> <li>Se han coordinado con las instituciones de seguridad social para atención de pacientes sin importar la derechohabencia. Incluso, el Hospital Naval aceptó pacientes de otras instituciones.</li> <li>Los Ayuntamientos han desinfectado las unidades de salud de manera regular.</li> <li>A nivel federal, se promueve y se publicó la estrategia de atención primaria en salud para Covid-19 para enfrentar la pandemia, que se puede usar para solicitar recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De Insabi contrataron personal para hospitales, pero no para CS, donde existe carencias de recursos humanos ya que en algunas JS sanitarias hasta 60% del personal se fue a resguardo.</li> <li>De nivel estatal y federal no han dotado de nuevas contrataciones para implementar las brigadas establecidas, además no cuentan con vehículos, insumos y con suficiente EEP.</li> <li>Todavía mucha población es renuente y sigue sin aceptar la enfermedad, las medidas preventivas y la atención hospitalaria.</li> <li>No se cuenta con internet ni acceso a telefonía.</li> <li>Falta de incentivos para motivar al personal de salud.</li> <li>Introducción de estrategias sin el acompañamiento de recursos, capacitación, insumos y diseñadas sin considerar al personal operativo.</li> <li>Algunos pacientes han optado por no acudir a las unidades de salud, porque existe carencias de medicamentos.</li> <li>Existe alta prevalencia e incidencias de pacientes con ECNT.</li> <li>A nivel estatal no se identifica avance en la implementación de la estrategia APS para Covid-19.</li> <li>Inseguridad en la ciudad de Acapulco complica las salidas a la comunidad.</li> </ul>

### Fortalezas y Debilidades (origen interno)

Las modificaciones hechas en las unidades de primer nivel de atención en los servicios de salud de Guerrero se identificaron como una fortaleza para hacer frente a la pandemia: filtros en las entradas, instalación de espacios exclusivos para la atención de pacientes fuera de la unidad y colocación de puestos de vacunación.

Algunas unidades médicas aprovecharon las salidas a la comunidad para identificar casos sospechosos de Covid-19, hacer promoción de la salud, dar seguimiento a pacientes de programas prioritarios que dejaron de acudir a las unidades y ofertar otros servicios del CS como la aplicación de pruebas rápidas de VIH. Al contar con tarjeteros pudieron identificar a pacientes con enfermedades crónicas y hacer un seguimiento más estrecho por considerarlos de alto riesgo durante la pandemia.

Desde nivel jurisdiccional se establecieron lugares estratégicos en las ciudades para colocar puestos exclusivos para la toma de PCR. Se trabajaba por medio de citas, en coordinación con los CS.

El seguimiento de pacientes positivos se dio vía telefónica, utilizando las tecnologías de información y comunicación (TIC). También se acudió a los domicilios para verificar el estado de salud de los pacientes positivos; incluso se les ofrecía terapia psicológica.

A nivel hospitalario se condicionaron espacios exclusivos para la atención de pacientes con Covid-19 y en algunas unidades se implementó la reconversión hospitalaria.

Sobresale como fortaleza el personal de salud que, a pesar de no contar con insumos y equipo, tuvo buena actitud para enfrentar la pandemia. Incluso, compraron todo tipo de requerimientos para hacerle frente: EPP, oxímetros, termómetros y equipo de perifoneo.

Como debilidades se puede mencionar que el personal de enfermería y los promotores de salud refirieron, de manera constante, que no fueron capacitados suficientemente para enfrentar la pandemia. Afirmaron que muchas de las acciones que realizaron fueron de acuerdo con lo que ellos conocían y lo que han podido consultar por cuenta propia.

En algunas JS hasta 60% del personal se fue de resguardo y no realizó ningún trabajo a distancia. Además, no llegaron nuevos contratos o recursos humanos para cubrir los espacios vacíos.

Varias unidades de salud no tienen acceso a internet o teléfono; otras tienen rezago en infraestructura y falta de insumos, equipo médico y medicamentos. Incluso, en algunas unidades el personal de salud participó comprando diversos insumos con sus propios recursos.

### Oportunidades y Amenazas (origen externo)

Una oportunidad reconocida para las acciones de prevención, promoción de la salud y atención de pacientes, es que el personal de salud de algunas unidades médicas habla lenguas originarias, lo cual aprovecharon para hacer frente a la pandemia y puede ser de utilidad para desarrollar a futuro la Estrategia APS para Covid-19.

Otra oportunidad la representó las brigadas que ya existían en las JS enfocadas en la prevención de enfermedades como dengue, zika y chikungunya, las cuales salen de manera permanente a la comunidad y durante la pandemia se utilizaron para acciones de prevención de riesgo de

contagio de Covid-19.

También usaron en las comunicaciones el sistema Covitel para orientar a la población sobre medidas de prevención y atención de pacientes con Covid-19. Este medio fue operado por personal de salud de las unidades médicas. Con el sector religioso, los comités locales de salud y los Ayuntamientos se coordinaron para la promoción y traslado de pacientes.

Se aprovecharon las relaciones con otras instituciones de salud para la atención inicial de pacientes y para la atención hospitalaria por parte de los hospitales de las instituciones de seguridad social. Destaca el vínculo con el Hospital Naval, cuya institución aceptó pacientes con Covid-19 para su hospitalización sin ser derechohabientes.

Con las escuelas de medicina y enfermería hubo un apoyo recíproco: los alumnos apoyaron atendiendo pacientes y las unidades médicas, a cambio, ofrecieron los campos clínicos para la realización de prácticas de campo.

La gestión y las relaciones tuvieron efecto positivo al recibir por parte de la OPS reactivos para pruebas rápidas de detección de pacientes con Covid-19, mismas que fueron utilizadas por algunas unidades de primer nivel de atención.

Finalmente, otra oportunidad que deben aprovechar es que la SS pretende implementar la Estrategia APS para Covid-19. Lo anterior se puede usar a favor para gestionar recursos y conformar las brigadas que sirvan ahora para hacer frente a la pandemia y, más adelante, para continuar con estrategias de APS enfocadas a las enfermedades crónicas.

Las principales amenazas identificadas para enfrentar la pandemia fue que desde nivel estatal y/o federal, no contrataron nuevos recursos humanos, a pesar de que en algunas unidades de salud hasta 60% del personal se fue de resguardo. Las nuevas contrataciones por parte del Insabi fueron asignadas a los hospitales.

En cuanto a insumos, equipo médico y medicamentos se ha tenido una distribución desigual que no favorece a las unidades alejadas. Muchas de ellas no cuentan con internet ni con acceso al teléfono, lo que dificulta el seguimiento a pacientes enfermos que, además, los desmotiva para continuar con su control por la falta de medicamentos.

Otra amenaza importante es que desde nivel estatal no se logró identificar una estrategia ad hoc para enfrentar la pandemia. Más bien dependieron de la capacidad y cualidades del personal de las JS o, en su caso, de las unidades de primer nivel de atención para definir sus estrategias.

La población también jugó un papel importante en las amenazas, ya que sigue siendo renuente para aceptar la enfermedad, las medidas preventivas y la atención hospitalaria.

Por su parte, las principales amenazas para implementar la Estrategia APS para Covid-19, es que desde nivel federal no hubo incentivos, capacitación o difusión de ésta. Tampoco nuevos recursos que permitieran contar con personal para integrar brigadas. No se dotó de lo necesario para hacer trabajo de campo y seguimiento a través de las TIC, como internet, equipo y, en su caso, apoyar con crédito para saldos telefónicos.

En la ciudad de Acapulco los entrevistados mencionaron de manera permanente la alta inseguridad que se vive en la ciudad desde hace varios años, lo que dificulta el trabajo en las localidades, tanto para el seguimiento de los pacientes, como para realizar acciones de prevención.

# Sonora

	Fortalezas	Debilidades
Origen Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>Creación del Programa Anticipa.</li> <li>Centros Anticipa (19 en el estado).</li> <li>Instalación de <i>call center</i> (llamadas aleatorias).</li> <li>Adecuación de espacios exclusivos para Covid-19 en todas las unidades.</li> <li>Adaptación de CS en Centros Centinela en las cinco JS (17 en total).</li> <li>Reconversión hospitalaria.</li> <li>Brigadas de Epidemiología Covid-19.</li> <li>Personal capacitado <i>on line</i>.</li> <li>Contratación de nuevo personal médico y de enfermería en CS urbanos.</li> <li>Seguimiento de programas prioritarios vía telefónica, toma muestras de glucosa en domicilios, entrega de medicamentos.</li> <li>Continuidad del control de mujeres embarazadas en los servicios.</li> <li>Mayor uso de redes sociales (<i>WhatsApp, Facebook</i>).</li> <li>Mapa Sonora Anticipa (nivel de riesgo municipal).</li> <li>Buena coordinación intrainstitucional (Jurisdicción/brigadas/CS).</li> <li>Adecuación de mensajes a la lengua triqui.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Imposibilidad de contratar a personal en zonas rurales.</li> <li>Escasa atención a la salud mental de la población.</li> <li>No hay atención posCovid.</li> <li>Falta de recursos humanos, vehículos y material informativo para acciones de promoción.</li> <li>Problemas de coordinación entre brigadas/CS.</li> <li>Escasa presencia de las brigadas en zonas rurales y alejadas.</li> <li>La mayoría del personal no conoce la Estrategia APS para Covid-19.</li> <li>Personal de salud con desinterés en el trabajo comunitario.</li> </ul>
	Oportunidades	Amenazas
Origen Externo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colaboración con la Cruz Roja (préstamo de ambulancias).</li> <li>Continuidad de la colaboración con Ayuntamientos y los regidores de salud.</li> <li>Trabajo conjunto con dueños de campos de cultivo para acciones de prevención y atención a la salud de jornaleros agrícolas.</li> <li>Afianzamiento del trabajo conjunto con mayordomos y curadores populares de poblaciones triqui.</li> <li>Buscar la corresponsabilidad de la población para llevar adelante las brigadas comunitarias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amplio territorio y compleja orografía.</li> <li>Inseguridad derivada del tráfico de personas, delincuencia y narcotráfico.</li> <li>Problemas de conectividad en lugares lejanos.</li> </ul>

### Fortalezas y Debilidades (origen interno)

El estado de Sonora presentó como fortaleza la creación del Programa Anticipa. Se habilitaron 19 centros en todo el estado. Además de la atención a la población se instalaron *call center* que hacían llamadas aleatorias a la población con el objetivo de detectar posibles casos sospechosos. La creación del Mapa Sonora Anticipa se constituyó en un recurso invaluable para mediar el nivel de riesgo municipal y orientar las acciones preventivas y de atención médica y especializada.

El nivel jurisdiccional tuvo la responsabilidad de la coordinación intrainstitucional Jurisdicción/brigadas/CS. Desde esta instancia se conformaron brigadas de Epidemiología Covid-19. Es decir, en el estado hubo dos tipos de brigadas: de Promoción (CS) y de Epidemiología (jurisdicción sanitaria).

A nivel hospitalario, la reconversión hospitalaria y la transformación de CS en Centros Centinela en las cinco JS (17 en total) implicó la adecuación de los servicios para las nuevas necesidades de atención.

En los CS urbanos se adaptaron espacios exclusivos para Covid-19 en todas las unidades. Estos centros pudieron recibir a personal médico nuevo y de enfermería con contratos temporales. Parte de los esfuerzos se concentraron en seguir con programas prioritarios vía telefónica o bien tomando muestras de glucosa en domicilios y llevando medicamentos a los pacientes que así lo requerían. El control de las mujeres embarazadas se continuó realizando en los servicios.

La virtualidad posibilitó la capacitación del personal y un mayor uso de las redes sociales (*WhatsApp, Facebook*) para difundir información y dar seguimiento a pacientes.

La importancia de adecuar culturalmente los mensajes de promoción a poblaciones indígenas bilingües se logró mediante la emisión en lengua triqui por parte de las y los promotores en las localidades donde vive esta población.

Entre las debilidades se reconoce la falta de recursos humanos, vehículos y material informativo para acciones de promoción, así como la imposibilidad de contratar a personal en zonas rurales. Esto hizo que las brigadas tuvieran escasa presencia en zonas rurales y alejadas.

En cuanto a la coordinación entre brigadas/CS, se presentaron problemas para realizar el trabajo conjunto.

Se reconocieron varios déficits en la atención médica que, a mediano plazo, deberían ser considerados: la atención posCovid-19 y la salud mental.

Un gran desafío en acciones futuras es lograr que el personal de todos los niveles conozca la Estrategia APS para Covid-19 y favorecer el genuino interés por el trabajo comunitario. Sin este requisito, difícilmente la APS podrá constituirse en una estrategia central de las acciones frente al Covid-19.

### Oportunidades y Amenazas (origen externo)

Las experiencias de colaboración con los Ayuntamientos, los regidores de salud, la Cruz Roja, mayordomos y curadores populares en poblaciones triqui se constituyen en oportunidades que necesitan afianzarse. Al igual que con el sector privado por medio del trabajo conjunto con dueños de campos de cultivo para acciones de prevención y atención a la salud de jornaleros agrícolas.

Buscar la corresponsabilidad de la población para llevar adelante las brigadas comunitarias es vista como una oportunidad para mejorar las acciones de promoción y prevención.

Las amenazas detectadas en el contexto fueron en aspectos territoriales, como la extensión del estado, su compleja orografía y los problemas de conectividad en lugares lejanos, así como en problemáticas derivadas de la inseguridad por la presencia del tráfico de personas, delincuencia y narcotráfico. Estos aspectos requieren de recursos humanos capacitados, de insumos, vehículos y una planeación que incluya las características contextuales de las localidades.

# Tabasco

	Fortalezas	Debilidades
Origen Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hubo capacitación del personal antes y durante la pandemia.</li> <li>• En CS hasta con tres núcleos se destinó uno para la atención exclusiva de pacientes con Covid-19.</li> <li>• Salas de espera fueron instaladas en los exteriores de las unidades.</li> <li>• Instalaron filtros en las entradas de las unidades, marcaron rutas de atención y promovieron la sana distancia y la atención con citas.</li> <li>• Contaron con oxímetros incluso para prestar a pacientes positivos para su control.</li> <li>• En las JS se instalaron espacios para la toma de PCR.</li> <li>• En las Uneme-CAPA se adecuaron las camas con oxígeno para suministrar y estabilizar a pacientes respiratorios.</li> <li>• En hospitales de segundo nivel de atención adecuaron también áreas exclusivas para atender a pacientes con problemas respiratorios y en algunos implementaron la reconversión hospitalaria.</li> <li>• Implementaron dos tipos de brigadas: las Brigadas Covid, en busca de pacientes sospechosos y seguimiento de positivos, y las Brigadas Comunitarias para cubrir unidades sin personal y dar atención a pacientes de programas prioritarios.</li> <li>• Personal médico activo y de resguardo dio seguimiento a pacientes positivos.</li> <li>• Usaron las redes de <i>WhatsApp</i> para la prevención y seguimiento de pacientes positivos.</li> <li>• En las entradas de los municipios instalaron filtros.</li> <li>• Para la referencia de pacientes tanto para la toma de PCR como para la atención hospitalaria, hubo buena coordinación con las JS y los hospitales.</li> <li>• El equipo a nivel jurisdiccional se coordinó muy bien para organizar, dar seguimiento a las brigadas y promover el trabajo en equipo. Además, son líderes y tienen conocimiento en salud pública.</li> <li>• En la mayor parte de las unidades siempre contaron con transporte, EPP, insumos y medicamentos.</li> <li>• Se identifica además buena actitud, compromiso y disposición del personal de salud para enfrentar la pandemia.</li> <li>• Dieron continuidad a pacientes de ECNT, mujeres embarazadas y control de niño sano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de recursos humanos para integrar las brigadas. Además, algunas unidades se quedaron sin personal porque fueron reubicados en otras o en las brigadas jurisdiccionales.</li> <li>• Falta de termómetros infrarrojos.</li> <li>• En los CS se tuvo el problema de que no contaron con más personal. Incluso, perdieron a sus promotores que se fueron a las brigadas y hubo sobrecarga de trabajo.</li> <li>• Falta de vehículos y de combustible para el traslado a las comunidades.</li> <li>• Limitaciones tecnológicas y económicas para continuar con la atención telefónica.</li> <li>• Unidades de salud y localidades sin acceso a internet y telefonía.</li> <li>• Existe avance con la integración de las brigadas para hacer frente a la pandemia. Muchos trabajadores eventuales no reciben su salario de manera regular.</li> <li>• No cuentan con infraestructura para la atención integral de los pacientes positivos.</li> <li>• Falta de incentivos para motivar al personal de salud.</li> </ul>
	Oportunidades	Amenazas
Origen Externo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se apoyaron de la plataforma Enjambre que está vinculada al Sisver para la georreferenciación de pacientes y para asociación epidemiológica de los contactos. Además, los relaciona con otros factores de riesgo. Se actualiza en los diferentes niveles de atención y del seguimiento que hacen los médicos vía telefónica, de acuerdo con la continuidad de la atención del paciente, por lo que ha servido para la toma de decisiones por las estadísticas que genera diariamente.</li> <li>• Las brigadas tanto Covid como comunitarias, se coordinaron adecuadamente con las coordinaciones de Epidemiología, Promoción y Atención Médica para las visitas a las comunidades con alta incidencia de Covid-19, y para el apoyo a los CS sin personal médico que dieron seguimiento a pacientes de programas prioritarios.</li> <li>• La jurisdicción aprovechó al personal de salud que estaba de resguardo para que diera seguimiento a pacientes positivos de Covid-19 desde su casa, con el uso del teléfono personal.</li> <li>• Aprovecharon las visitas domiciliarias para conocer los contextos en los que vive su población de responsabilidad, y con ello identificar otras determinantes sociales de la salud.</li> <li>• Hubo buena coordinación con las JS sanitarias y los hospitales Covid para la referencia de pacientes, así como con los hospitales de las instituciones de seguridad social para dar seguimiento y atención de sus pacientes.</li> <li>• También se coordinaron con los Ayuntamientos, el DIF, medios de comunicación locales, la iglesia y los comités locales de salud para labores de promoción en espacios públicos y traslado de pacientes. Con tránsito se apoyaron para filtros en las entradas de los municipios.</li> <li>• En algunas JS se coordinaron con los médicos privados para la atención de pacientes, la referencia para la toma de PCR y atención en hospitales.</li> <li>• A nivel hospitalario, se aprovecharon los nuevos contratos de Insabi para ocuparlos en la atención de pacientes Covid.</li> <li>• Los Ayuntamientos han desinfectado las unidades de salud de manera regular.</li> <li>• A nivel federal, se promueve y se publicó la estrategia de atención primaria en salud para Covid-19 para enfrentar la pandemia, que pueden usar para solicitar recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alguna población no acepta la enfermedad y en consecuencia no realizan medidas preventivas ni solicitan atención hospitalaria. Tienen miedo debido a la desinformación.</li> <li>• No cuentan con buena conectividad de internet y telefónica en algunas áreas para dar seguimiento del estado de salud de los pacientes vía remota.</li> <li>• Debido a que tuvieron contingencias climatológicas, implementaron albergues donde se contagiaron algunas personas. Además, cuentan con localidades endémicas de dengue y otras transmitidas por vector.</li> <li>• Hay incertidumbre sobre la continuidad de las brigadas y si permanecerán concentradas a nivel jurisdiccional o integradas a los CS.</li> </ul>

### Fortalezas y Debilidades (origen interno)

Una de las principales fortalezas se encuentra en las adecuaciones realizadas en las unidades médicas. De acuerdo con la complejidad de éstas, se destinaron consultorios, espacios, se trazaron rutas de atención, filtros y se adecuaron salas de espera para la atención de pacientes y para promover la sana distancia. De manera regular, se contó con EPP, insumos, medicamentos y oxímetros que incluso prestaron para el monitoreo de pacientes.

A nivel jurisdicción se implementaron Brigadas Covid-19 y Brigadas Comunitarias integradas con personal de promoción de la salud, médicos y enfermeras. Estas realizaron acciones tanto de promoción como de apoyo a las unidades que no contaron con médicos. Las brigadas permitieron que sus integrantes tuvieran mayor contacto con la población y conocieran mejor sus contextos. A este nivel, se dio seguimiento a los pacientes tanto de parte del personal activo, como de quienes se fueron a resguardo. De esta manera se evitó que los pacientes tuvieran complicaciones.

En los hospitales se adecuaron áreas exclusivas de atención a pacientes con problemas respiratorios y algunos implementaron la reconversión hospitalaria.

Con relación a debilidades, algunas unidades médicas no contaron con médicos debido a que se fueron de resguardo. En otras unidades los promotores se reubicaron a nivel jurisdiccional para formar parte de las brigadas, lo que provocó sobrecarga de trabajo y falta de seguimiento a pacientes de programas prioritarios.

Otras debilidades identificadas fueron que existen CS que no cuentan con servicio de internet, ni con acceso a señal de teléfono, lo que limita el uso de estas tecnologías en favor de la prevención y el seguimiento de pacientes con Covid-19 o de programas prioritarios. Otro punto débil fue el déficit de vehículos para realizar visitas a las comunidades.

### Oportunidades y Amenazas (origen externo)

Supieron aprovechar la plataforma Enjambre Comunitario como principal insumo para la toma de decisiones, ya que está vinculada al Sisver, para la georreferenciación de pacientes y para asociación epidemiológica de los contactos. Además, relaciona los casos con otros factores de riesgo. Se actualiza en los diferentes niveles de atención y del seguimiento que hacen los médicos vía telefónica. Esta plataforma les ha servido para la toma de decisiones por las estadísticas que genera diariamente.

Otra oportunidad fue la buena coordinación que existe a nivel jurisdiccional, la cual se aprovechó para realizar trabajo de campo mediante las brigadas implementadas, ya que sus acciones estaban dirigidas de acuerdo con las estadísticas de la plataforma Enjambre y a los análisis de las coordinaciones de Epidemiología y de Atención Médica. Además, se dio seguimiento vía telefónica a pacientes positivos tanto por el personal activo de la jurisdicción, como de aquellos que estaban de resguardo.

Hubo buena respuesta con las instituciones de seguridad social y con los médicos privados tanto para la referencia de pacientes como para la toma de PCR en las JS y en los hospitales.

También existió buena coordinación con instituciones fuera del sector salud, lo que permitió trasladar pacientes a los hospitales, ubicar retenes en la entrada del municipio, hacer acciones de promoción en lugares públicos y apoyar en la desinfección de las unidades de salud.

Existe buen avance en la conformación de las brigadas, lo cual pudieran aprovechar para gestionar ante la SS la permanencia de estas brigadas, en congruencia con la propuesta de la Estrategia APS para Covid-19, promovida desde ese nivel.



De las principales amenazas para enfrentar la pandemia es la falta de insumos: combustible para vehículos, falta de EPP; así como la carencia de señal de internet en algunos CS. También se necesita personal que sustituya a quienes se fueron a resguardo o que fueron reubicados a nivel jurisdiccional o a otras unidades. Por otra parte, aún existe población que no acepta la enfermedad y que no sigue las acciones preventivas.

Para dar continuidad a la Estrategia APS para Covid-19, se debe gestionar que permanezcan las brigadas funcionando con todo el personal y decidir si continúan a nivel jurisdiccional o se reubican en los CS, como establecen los lineamientos.

# Yucatán

	Fortalezas	Debilidades
Origen Interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementaron un sistema de información a nivel local y estatal para mejorar la toma de decisiones.</li> <li>Antes de iniciar la pandemia comenzaron con capacitaciones para enfrentarla.</li> <li>Tuvieron excelentes adecuaciones de infraestructura como filtros en entradas, consultorios exclusivos para pacientes con Covid donde incluso los estabilizaban. Trazaron rutas de atención, implementaron las Usmer y las Brigadas Epidemiológicas para la toma de muestras.</li> <li>A nivel hospitalario, dispusieron de espacios exclusivos para la atención de pacientes Covid y en otros implementaron la reconversión hospitalaria.</li> <li>Personal de resguardo y activo hicieron seguimiento telefónico a pacientes con Covid-19.</li> <li>Hubo nuevos actores para enfrentar la pandemia: epidemiólogos de las brigadas, personal de las Usmer, médicos exclusivos para la atención de pacientes con Covid-19.</li> <li>Se coordinaron con las JS y hospitales Covid para las referencias y contrarreferencias.</li> <li>A pacientes con ECNT les dotaron de medicamentos hasta por tres meses y fueron atendidos en horarios exclusivos.</li> <li>Supieron usar las TIC para enfrentar la pandemia.</li> <li>Están conscientes que deben reforzar su modelo de atención basado en APS, para centrar las acciones en promoción y prevención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recursos humanos con resistencia al cambio e insuficiencia de personal de salud. Además, un porcentaje elevado se fue a resguardo.</li> <li>Desabasto de EPP, insumos, vehículos, instrumental, equipo médico y vehículos.</li> <li>Desabasto de medicamentos para programas prioritarios.</li> <li>No han sido capacitados para implementar la Estrategia y tampoco al interior les hicieron llegar los lineamientos.</li> <li>Limitaciones tecnológicas y económicas para continuar la atención telefónica.</li> </ul>
	Oportunidades	Amenazas
Origen Externo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con personal comunitario como comités, jefas de manzana y activadores que apoyan a los CS.</li> <li>En zonas rurales el personal de salud conoce muy bien a la población y se comunica en idioma maya para transmitir información.</li> <li>Hubo buena coordinación con radiodifusoras para vocear medidas de prevención; con Ayuntamientos para capacitación, traslados de pacientes, otorgar cubrebocas y desinfección de los CS; con la iglesia para difusión de información y para suspender las celebraciones.</li> <li>Con otras instituciones de la seguridad social para la atención inicial de pacientes y su referencia.</li> <li>Con hospitales de la Secretaría de Salud para establecer convenios de colaboración.</li> <li>Hubo gran apoyo con los programas Médico 24/7 y Médico a Domicilio.</li> <li>A nivel local existe personal capacitado que puede apoyar en las brigadas.</li> <li>Solicitan el acompañamiento cuando se implementen estrategias federales.</li> <li>A nivel federal se promueve y se publicó la Estrategia APS para Covid-19 para enfrentar la pandemia, que pueden usar para solicitar recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de incentivos para motivar al personal de salud.</li> <li>Introducción de estrategias sin el acompañamiento de recursos, capacitación, insumos y hechas sin considerar al personal operativo.</li> <li>A nivel estatal y federal no les han dotado de nuevas contrataciones para implementar las brigadas establecidas. Además, no cuentan con vehículos, insumos y suficiente EPP, que depende de que se les otorgue desde los diferentes niveles jurisdiccionales, estatales o federales.</li> <li>Población que aún no acepta las medidas de protección y que no cree en la enfermedad.</li> <li>Desinformación o noticias falsas por parte de la población.</li> <li>Algunas unidades no cuentan con internet.</li> <li>Existe altas prevalencias e incidencias de pacientes con ECNT.</li> </ul>

### Fortalezas y Debilidades (origen interno)

Se identificó que en las unidades de primer nivel de atención de los servicios de salud de Yucatán iniciaron, antes de la pandemia, capacitaciones primero presenciales y posteriormente virtuales, encaminadas al conocimiento de la enfermedad, la prevención y el manejo de la Covid-19. También vieron la necesidad de contar e implementar un sistema de información que les permitiera tomar decisiones.

Destaca en las fortalezas las adecuaciones a los CS en los municipios con más población, los cuales instalaron espacios exclusivos para la atención de pacientes Covid-19, o bien la instalación de las Usmer con capacidad para tomar muestras de PCR, las cuales además se coordinan con las brigadas especializadas para recoger las muestras y llevarlas al laboratorio estatal de salud pública. Cabe señalar que todas las unidades hicieron adecuaciones de acuerdo con su complejidad. Hubo seguimiento de pacientes positivos a través de llamadas telefónicas por personal activo, principalmente.

Algún personal de salud tiene la cualidad de hablar maya, lo cual fue aprovechado para emitir medidas de prevención y promoción tanto en idioma español como en esta lengua. Además, en zonas rurales la población conoce desde hace mucho tiempo al personal de los CS, lo que facilitó las visitas y seguimiento de pacientes.

En las unidades hospitalarias se adecuaron espacios exclusivos para la atención de pacientes con Covid-19. En otras unidades se realizó la reconversión hospitalaria y se llevó a cabo la referencia y contrarreferencia de pacientes graves, de acuerdo con los lineamientos establecidos.

El personal de salud refirió que regularmente contaron con insumos, EPP y medicamentos. Incluso pudieron dotar a pacientes que padecían enfermedades crónicas con sus tratamientos hasta por tres meses.

En debilidades internas destaca que existe personal de muchos años de antigüedad con resistencia al cambio y a la implementación de nuevas estrategias; además, referente a los recursos humanos, comentaron que no se cuenta con el personal suficiente de enfermería y promotores de acuerdo con el número de núcleos básicos y plantillas establecidas. Esto es un impedimento para conformar las brigadas propuestas en la Estrategia APS para Covid-19. Además, existe el problema de la falta de vehículos. Para implementar la estrategia no se contó con capacitación específica ni se nombraron responsables; además, no se acompañó de los recursos requeridos a nivel local.

### Oportunidades y Amenazas (origen externo)

De las oportunidades percibidas, destaca la excelente coordinación que existió para referir a pacientes con Covid-19 tanto para la toma de muestras en las Usmer, como para su atención en los hospitales de referencia (en donde hicieron reconversión hospitalaria). También se coordinaron adecuadamente con instituciones de seguridad social para la atención inicial y la referencia de acuerdo con la derechohabencia. Incluso, se firmaron convenios de colaboración para la atención de pacientes graves de Covid-19 con el hospital de alta especialidad de la SS.

Para hacer frente a la pandemia, en aspectos de promoción, se coordinaron con los Ayuntamientos, la iglesia, las radiodifusoras y los comités locales de salud y apoyaron en la difusión de medidas de prevención y promoción y en el traslado de pacientes. Además, para la atención de pacientes en horarios descubiertos por los CS, como fines de semana y en la noche, se coordinaron con los Ayuntamientos para que estos, con el personal de salud de los programas Médico 24/7 y Médico a Domicilio, apoyaran en la atención y referencia de pacientes con Covid-19.

Para hacer frente a la pandemia, es importante que se aproveche que la SS está tratando de implementar la Estrategia APS para Covid-19. Lo anterior se puede ver como una posibilidad para

gestionar recursos y conformar las brigadas que funcionen para hacer frente a la pandemia y, más adelante, para continuar con estrategias de APS enfocadas a las enfermedades crónicas.

Entre las amenazas para enfrentar a la pandemia, destaca la falta de EPP, de insumos, de vehículos para hacer las visitas domiciliarias, de internet y de saldos en los teléfonos, entre otros. Además, todavía persiste mucha población que no cree en la enfermedad, lo cual en algunos casos es secundario a que existen muchas noticias falsas. La situación se agrava por las altas prevalencias de enfermedades crónicas y su descontrol.

Se identifica como principal amenaza para la implementación de la Estrategia APS para Covid-19: la falta de incentivos; capacitación, contratación de nuevos recursos para dar seguimiento a través de las TIC (internet y equipo) y, en su caso, apoyo con crédito para saldos telefónicos.

## Conclusiones generales

La Estrategia APS para Covid-19 no fue implementada por los estados participantes en este estudio como una respuesta sistematizada y con la organización establecida en su diseño. Los principales motivos fueron la situación de austeridad que viven los estados en donde destaca la falta de recursos para contratar al personal que se requeriría para hacerla funcionar de acuerdo con lo planeado, así como el conocimiento tardío de la Estrategia. Sin embargo, cada estado implementó acciones relevantes en respuesta a la pandemia, acordes con su contexto y su capacidad en infraestructura, recursos humanos y presupuestales.

Se carece de un modelo de APS que responda a la necesidad de atención integral, continua y coordinada para dar respuesta a las necesidades de salud, principalmente las enfermedades crónicas. La reorganización a nivel de JS y de unidades de atención fue reactiva para una respuesta emergente y no puede considerarse como un cambio inicial hacia el fortalecimiento para una mejor calidad de la atención.

Se confirmó que existen áreas de oportunidad de mejora en los sistemas de información para la medición de resultados y sistematización de las acciones de atención, control y mitigación de la pandemia.

Los estados disponen de sistemas de información identificados como funcionales:

Información de infraestructura, en particular sobre recursos humanos en los estados y JS, por medio del Sinerhías.

Planillas de recursos humanos propias de cada entidad y cuya información y fuente fue señalada por los responsables en el estado de Tabasco.

La plataforma del Sisver, perteneciente al Sinave, que recupera los casos de Covid-19.

Los datos de población y estimaciones de proyección del Conapo y la información del Censo de Población y Vivienda 2020 del Inegi.

En la mayoría de los estados no hubo información disponible del registro de población en riesgo, entre otras. Sin embargo, la información cualitativa describe el esfuerzo de los estados por realizar la identificación de casos, los equipos de salud/brigadas realizaron visitas domiciliarias a partir de listados que se tenían en los CS, lo que fue más visible en los estados de Guerrero y Tabasco. Se identifica la necesidad de sistematizar las fuentes de información primarias (registros locales, bitácoras, entre otras) tanto en su diseño como en la periodicidad del registro.

## Consideraciones específicas por estado

**Coahuila.** La Estrategia APS para Covid-19 se presentó en el estado en octubre 2020. A partir de ello, el área de promoción de la salud de los Sesa inició la capacitación con los responsables jurisdiccionales para implementarla con los recursos humanos e infraestructura disponibles, ya que reconocen que no será posible ponerla en marcha tal y como sugieren los lineamientos debido a las múltiples barreras ya descritas. En Coahuila se tuvo demanda de atención a la salud mental, tanto de parte por la población como por el personal de salud. Debido a ello, se está analizando la manera de potenciar la atención con los recursos humanos con los que se cuentan, ya que identificaron que es un área importante dentro de la oferta de los servicios de salud y se tiene poco personal para responder ante la situación de malestar emocional generalizado.

Uno de los retos más importantes implica promover la participación de la población para que adopten las medidas sanitarias recomendadas. Después de varios meses de vivir la pandemia, se reconoce que las personas están "hartas". Otro aspecto relacionado es la necesidad de contrarrestar las noticias falsas que se generan permanentemente sobre el uso de medicamentos o remedios caseros para paliar los síntomas de la enfermedad, pues esto va en detrimento de lo ganado por el personal de salud.

Los datos de Coahuila revelan una buena preparación para la atención a la pandemia en consultorios y capacitación del personal de salud. Sin embargo, parece ser que fueron rebasados en la razón paciente/médico. No se pudo documentar qué tanto las acciones para atención, control y mitigación de la pandemia lograron cambios en la salud de la población en riesgo, ni tampoco en la continuidad de acciones de APS, debido a la limitación en las fuentes/sistemas de información disponibles.

**Guerrero.** Un aspecto que llamó la atención fue la inseguridad que enfrenta el personal de salud que realiza actividades comunitarias, lo cual puede ser un problema para realizar la Estrategia APS para Covid-19, que propone la vigilancia sanitaria casa por casa. Aunado a ello, la falta de personal de salud fue mencionado como otro impedimento para seguir la estrategia tal y como se propone, en donde destaca que el personal con el que se cuenta actualmente no sería suficiente para conformar las brigadas propuestas y el enfoque en la detección y atención de enfermedades crónicas tampoco podría realizarse debido a que no cuentan con suficiente abasto de medicamentos. Es decir, para llevar adelante la Estrategia antes tendrían que resolver esas barreras. Adicionalmente, destacó el señalamiento del personal de salud respecto de la falta de equipo para protección personal, así como la ausencia de capacitación para realizar actividades de prevención de riesgo de contagio de Covid-19. Se notaron diferencias en el abasto de insumos entre los CS rurales y los urbanos, en donde este último tuvo mayor disponibilidad. Otro aspecto destacable en el estado es el alto porcentaje de población indígena, lo cual requirió de adecuaciones adicionales para establecer comunicación de riesgos de contagio de Covid-19, pues, aunque existe personal de salud que puede comunicarse en las lenguas locales, no son suficientes para lograr el éxito esperado. Estas circunstancias se mezclan con aspectos culturales que dificultan la transmisión y aceptación de mensajes. Finalmente, llama la atención que Guerrero fue el estado donde más se comentó el miedo del personal de salud a sufrir agresiones por el trabajo que desarrollan.

**Sonora.** El Programa Anticipa tiene como principal objetivo la búsqueda de casos sospechosos y su manejo, con esto se previene que las personas propensas a complicaciones lleguen en estado de deterioro y con mayores probabilidades de necesitar cuidados hospitalarios. Por lo tanto, se trata de una estrategia de mitigación, prevención y atención a la Covid-19. Mediante estrategias

novedosas, como la instalación de un servicio de *call center*, se detecta tempranamente a personas enfermas y referencia oportunamente a hospitales. Con otras estrategias, como el Mapa Sonora Anticipa, definen el nivel de riesgo de cada municipio y priorizan a los Ayuntamientos con mayores amenazas.

Respecto a la infraestructura, se encontraron adecuaciones de distinta complejidad, desde la instalación de 19 centros Anticipa, hasta los CS, tanto urbanos como rurales, transformados a Centros Centinela. En cuanto a recursos humanos, se contrató a nuevo personal que se integró a las brigadas o a los servicios hospitalarios. Los CS se constituyeron en el enlace entre la población y las brigadas (dependientes de las JS) que se encargaron de la toma de muestras.

Las actividades de promoción a la salud incluyeron una variedad de acciones extramuros como al interior de los servicios médicos, muchas de las cuales contaron con la alianza de instancias gubernamentales (Ayuntamientos), particulares (dueños de campo de cultivo) o autoridades tradicionales de pueblos indígenas. El uso de la lengua triqui facilitó el trabajo con población indígena habitante de campos agrícolas. Las redes sociales que ya se utilizaban adquirieron protagonismo tanto en la atención a la Covid-19, como en el seguimiento de los programas prioritarios.

No se cuenta con una propuesta de implementación operativa a nivel estatal (definición de necesidades de personal e insumos y recursos estatales y jurisdiccionales, priorización de municipios, localidades y Áreas Geoestadísticas Básicas [Ageb]). No se han designado responsables estatales y jurisdiccionales, tampoco existe un calendario de capacitaciones en cascada ni se han conformado los distintos tipos de brigadas.

**Tabasco.** Destacó el uso de la plataforma Enjambre Comunitario como estrategia para el manejo de información epidemiológica, lo que ayudó a distribuir las brigadas en los lugares donde fueron más requeridas. La particularidad del estado respecto de la atención a comunidades ribereñas generó dificultades específicas para atender a esa población: por ejemplo, la necesidad del personal de salud de movilizarse en lanchas y contar con ambulancias acuáticas. Asimismo, la presencia de población migrante con necesidades específicas de atención a la salud torna complicada la respuesta a la pandemia. Por otro lado, respecto a las necesidades enfrentadas por el personal de salud, destaca la falta de insumos para realizar sus actividades cotidianas durante la emergencia sanitaria. De la misma manera, sobre todo en las unidades médicas rurales, existen problemas de conectividad a internet y ausencia de teléfono para dar seguimiento a los casos Covid-19. Igualmente, carecen de saldo en sus teléfonos celulares para dar seguimiento a los pacientes y el personal de brigadas presentaba atrasos en sus pagos. Por otro lado, tuvieron déficit de personal de salud, lo que sería una barrera para dar continuidad a la Estrategia APS para Covid-19. Pese a que fue uno de los estados donde la estrategia de atención mediante brigadas funcionó bien, debido a personal Insabi, también enfrentaron la reticencia de la población para tomarse muestras y realizar medidas de prevención. El estado enfrentó además problemas climatológicos debido a la presencia de huracanes. Durante esa etapa, el personal de salud debió atender además los albergues para personas damnificadas.

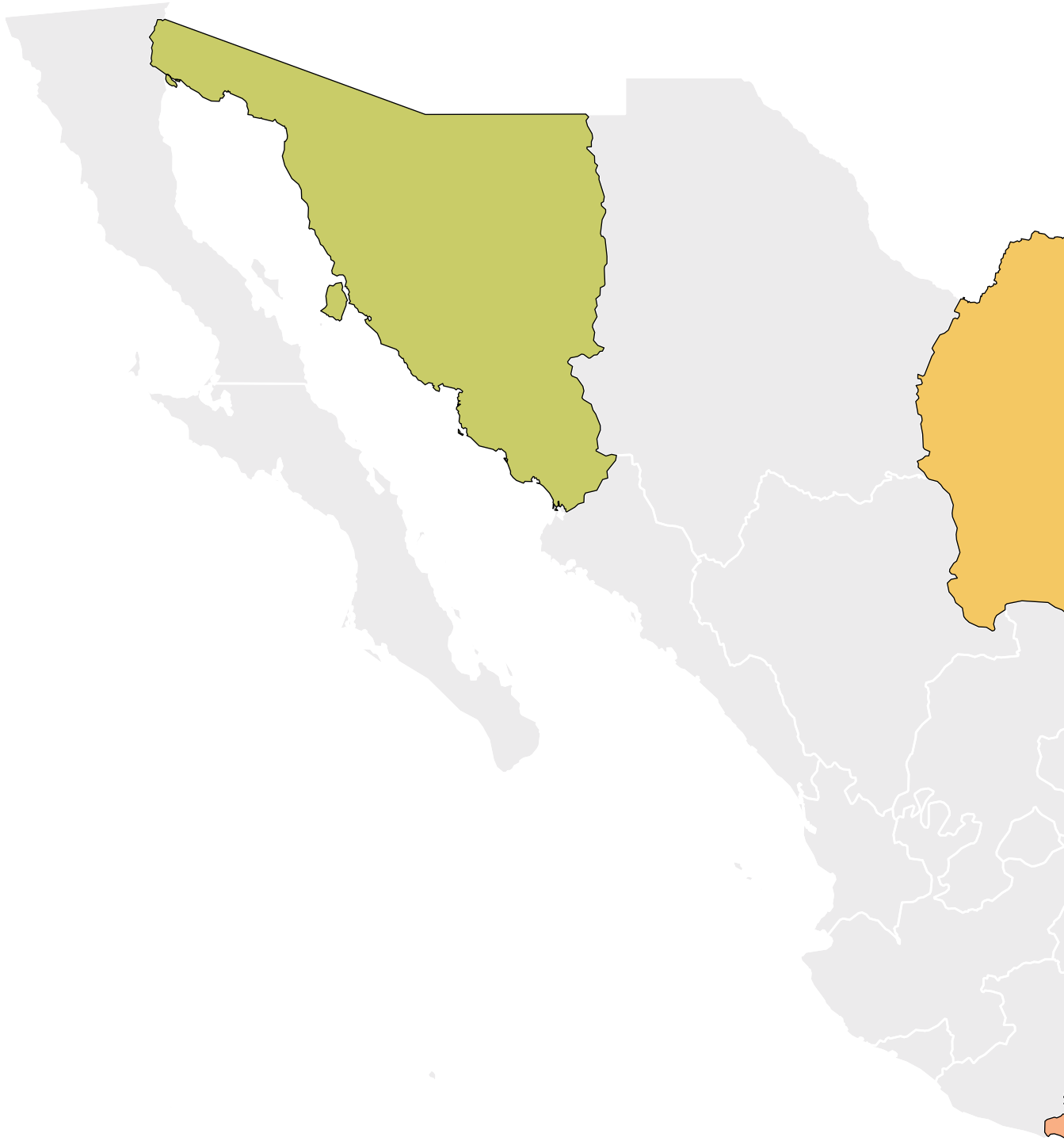
En Tabasco se observó una preocupación por mejorar la infraestructura y la capacitación del personal de salud para atender la pandemia, aunque fueron rebasados por el número de pacientes por médico y con carencias de médicos especialistas. Los efectos de la pandemia se pudieron mitigar, como mostró el descenso de la letalidad por Covid-19 reportado.

**Yucatán.** Se documentó buena aceptación de la Estrategia y la manera en que se propone llevar a cabo los componentes de APS para enfrentar la pandemia, así como los programas prioritarios a largo plazo. El personal de salud espera que se implemente como se planeó, ya que dará orden,

guía y cerrará círculos de muchos programas cuya atención sólo contempla la parte curativa y deja de lado la prevención y promoción de la salud. Además, se tiene la expectativa que se puedan capacitar los recursos humanos de manera integral en el tema de APS, desde el personal operativo hasta los funcionarios jurisdiccionales y estatales.

Respecto a la manera en que se ha enfrentado la pandemia, destaca la coordinación al interior de los servicios estatales para la referencia de los pacientes, el establecimiento de las brigadas epidemiológicas para la toma de muestras y seguimiento, las adecuaciones de las unidades de salud y la implementación de las Usmer. Además, es notable la adecuada coordinación con las otras instituciones de salud y la SS federal, así como con otros sectores como los Ayuntamientos, las radiodifusoras y sectores religiosos para hacer sinergia y enfrentar la pandemia.

Las principales barreras están relacionadas con la falta de instrumental, equipo, insumos y de personal por resguardo y por plantillas incompletas, principalmente de promotores. Si a esto le sumamos que se deben de integrar las brigadas, hace que la Estrategia APS para Covid-19 sea muy difícil de implementar. Además, el modelo de atención está centrado en la "la curación" y deja fuera la prevención y promoción.







**Recomendaciones generales**  
**Enseñanzas extraídas**  
**Documentos consultados**  
**Siglas y acrónimos**

# Recomendaciones generales

**D**esde el nivel federal se percibe que los estados han trabajado mucho en la puesta en marcha de estrategias innovadoras que ayuden a comunicar los mensajes de prevención de riesgo de contagio hacia la población. Debido a ello, merecería una reflexión la manera en que ocurre la comunicación entre el nivel de planeación federal y los Sesa para mejorar la sincronía de las acciones y potenciarlas.

Las acciones locales implementadas para dar respuesta a la emergencia sanitaria representan una oportunidad para una verdadera reorganización de los servicios de salud de primer contacto, que permitan la implementación de un modelo de APS para la atención integral de las prioridades en salud de cada contexto. Lo anterior requerirá del cambio dirigido a la conformación de equipos de salud en el que el personal médico, enfermería y promotores comunitarios trabajen de manera coordinada en la respuesta a las necesidades de salud de su población.

La capacitación continua del personal de salud es un elemento fundamental para lograr una respuesta efectiva, tanto en las condiciones habituales de los servicios como en emergencias sanitarias que requieren coordinación y calidad en la atención. Las nuevas herramientas tecnológicas como consultas a distancia mediante aplicaciones telefónicas o redes sociales deben formar parte de los contenidos de la capacitación.

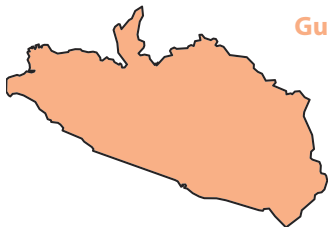
Las lecciones aprendidas de la pandemia Covid-19 en la coordinación de los equipos de salud y las estrategias para responder a la emergencia deben ser aprovechadas para iniciar un nuevo modelo que tenga como base la APS, para la atención centrada en las personas.

Es relevante considerar la diversidad cultural de la población, en favor de acciones de promoción y atención interculturales, así como con enfoque de género. Lo anterior con el propósito de eliminar la visión reduccionista de la atención a las diferencias étnicas y culturales.

Se recomienda fortalecer el sistema de monitoreo y promover evaluaciones periódicas para identificar la necesidad de reorientar estrategias y programas, de acuerdo con las condiciones del contexto local.

## Recomendaciones específicas por estado

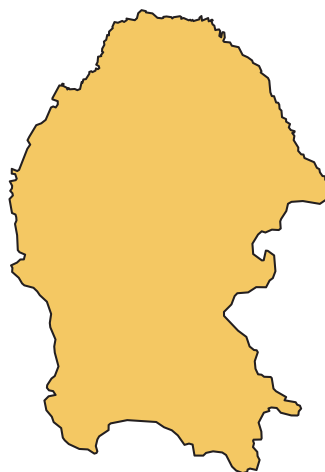
**Coahuila.** Reconocer la diversidad de situaciones que tiene el estado: en la zona norte, de frontera, presencia de migrantes internacionales indocumentados, así como grupos indígenas nómadas que cruzan la frontera en ciertos momentos del año. Por otro lado, presencia de grandes empresas y maquiladoras, trabajadores agrícolas que migran internamente en busca de trabajo, zonas urbanas bien establecidas y zonas rurales con pocos servicios, climas extremosos, gran extensión territorial, entre otros. Estas circunstancias requieren de una planeación de acciones en salud minuciosa, así como de personal capacitado en las diversas áreas de implementación de la Estrategia APS para Covid-19. Si se pretende obtener buenos resultados mediante las acciones de las brigadas, es necesario considerar los retos que implican todos estos detalles en su puesta en marcha.



**Guerrero.** Desarrollar incentivos y capacitar al personal de salud.

El tema de la interculturalidad es fundamental para desarrollar competencias culturales adecuadas que les permitan establecer buena comunicación con la población indígena que atienden. Dotarles de los insumos necesarios para desarrollar adecuadamente su trabajo. Para la Estrategia APS para Covid-19 es importante que se informe a la población para proteger al personal de salud que realiza actividades comunitarias, esto debido a la inseguridad que se vive en el estado. La población indígena debe recibir atención en su lengua materna, el personal de las brigadas que labore en zonas con población indígena necesita acompañarse de traductores capacitados en el contenido de la Estrategia APS para Covid-19. Debido a las circunstancias del estado, es importante hacer participar a la población; el personal de salud no se daría abasto en los recorridos casa por casa. Respecto a los sistemas de información, se requiere elaborar formatos sencillos para que todos los comprendan y puedan apoyar en su llenado y reporte. La atención a la salud mental es básica, debe considerarse en la planeación, tanto al personal de salud como a la población.

**Sonora.** A nivel de las JS, la Estrategia APS para Covid-19 ha llegado desde el nivel central, pero sin instrucciones acerca de cómo implementarla. A nivel del personal sanitario que se desempeña en los CS, la Estrategia APS para Covid-19 se desconoce, aunque se considera que es factible su implementación ya que coincide con las acciones que se vienen desarrollando. Es necesario mejorar la comunicación entre el nivel estatal y los CS. Contemplar en la planificación de las brigadas para garantizar la seguridad del personal sanitario: la gran extensión del estado; sus condiciones orográficas; la violencia ligada al tráfico de personas y al narcotráfico; las necesidades la población migrante y flotante que llega al estado para trabajar en los campos y que vive en condiciones de gran vulnerabilidad. La falta de vehículos, insumos y personal son aspectos esenciales que deberán tomarse en cuenta para que se logre que la estrategia se consolide en el mediano y largo plazo.



**Tabasco.** Destinar insumos para el personal de salud: saldo en los teléfonos, EPP, vehículos sólo para la Estrategia APS para Covid-19. Capacitar a quienes integren las brigadas y contratar más personal para ello. Continuar con el vínculo estrecho entre el área de epidemiología de la JS y los CS. Acudir a localidades alejadas para realizar actividades de prevención de riesgo de contagio Covid-19. Incorporar a los municipios en las actividades de prevención. Retomar estrategias que ya existían como Médico a Domicilio para potenciar la Estrategia APS para Covid-19.

**Yucatán.** La mejor manera de saber si funciona la Estrategia APS para Covid-19 para enfrentar una pandemia, en nuestros contextos y mosaicos heterogéneos a nivel nacional, es hacer estudios piloto de la propia estrategia en esos mismos contextos: dotar a nivel local todos los elementos básicos o esenciales y dar seguimiento para identificar las áreas de oportunidad, las barreras y los facilitadores para hacer las readecuaciones en la marcha. Además, incluir los indicadores clave para mirar los efectos a corto y mediano plazo para que una vez superada la pandemia, se pueda dar continuidad al modelo de APS enfocada en las principales necesidades sanitarias, como las enfermedades crónicas y las relacionadas con las inequidades en salud. En el caso de Yucatán, enfocar en las unidades médicas en las que se planea implementar la Estrategia y dar seguimiento estrecho para documentar lo antes señalado.



# Enseñanzas extraídas

- Se confirma la necesidad de fortalecer la comunicación para la implementación de Estrategias con el fin de la preparar y dar respuesta a las crisis sanitarias en todos los niveles de responsabilidad, así como la coordinación para las acciones.
- La insuficiencia presupuestal a nivel de los estados es una limitante para responder de manera oportuna y suficiente a necesidades emergentes y mantener la atención de los problemas prioritarios prevalectentes.
- Se requiere de la reorganización de los servicios de salud de primer contacto con el objetivo de transitar hacia un modelo de APS, que promueva el trabajo del personal de salud como equipos coordinados con proyección de fortalecimiento a mediano y largo plazo.
- Se utilizaron documentos de apoyo para establecer sus acciones durante la pandemia, predominantemente de nivel federal, aunque cada estado reportó un número variable de documentos.
- Se identifica que no hay un registro de información unificado en los estados analizados ya que la mayoría de los datos proporcionados deriva de diversas fuentes. Lo anterior limita el aprovechamiento de la información para la generación de indicadores de desempeño.

# Documentos consultados

## Para todos los estados

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Cuéntame. Información por entidad, Guerrero. México: Inegi, 2020 [citado ago 29, 2021]. Disponible en: <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/gro/poblacion/>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Cuéntame. México: Inegi, 2021 [citado sep 3, 2021]. Disponible en: <https://www.cuentame.inegi.org.mx>

## Guerrero

1. Antzetik K. Para un mejor trato en los servicios de salud materna en la Costa Chica de Guerrero. Miradas y propuestas de adecuación de los servicios realizados por usuarias, parteras y promotoras y personal de salud. Resultados preliminares del diagnóstico. México: Kinal Antzetik AC, 2013 [citado ago 20, 2021]. Disponible en: <https://cedoc.inmujeres.gob.mx>

## Sonora

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales resultados por localidad 2010. México: Inegi, 2010 [citado may 7, 2021]. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/censo-de-poblacion-y-vivienda-2010-principales-resultados-por-localidad-iter>
2. Gobierno del Estado de Sonora, Secretaría de Salud. Jurisdicciones Sanitarias. México: SS [citado feb 22, 2021]. Disponible en: <http://salud.sonora.gob.mx/acerca-de/jurisdicciones.html>
3. Gobierno del Estado de Sonora, Secretaría de Salud. Centros anticipa de sonora son ejemplo nacional: Christian Morales Fuhrmann OMS/OPS. México: SS, 2020 [citado feb 19, 2021]. Disponible en: <http://salud.sonora.gob.mx/acciones/boletines-informativos/centros-anticipa-de-sonora-son-ejemplo-nacional-cristian-morales-fuhrmann-oms-ops.html>
4. Secretaría de Desarrollo Social. Diagnóstico situacional del Poblado Miguel Alemán Delegación Sonora. México: Sedesol, 2011 [citado feb 19, 2021]. Disponible en: <https://microrregiones.gob.mx>

# Siglas y acrónimos

<b>Sigla/ Acrónimo</b>	<b>Nombre</b>
Aamates	Ambiente para la Administración y Manejo de Atenciones en Salud
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
APS	Atención Primaria a la Salud
Cami	Centro de Atención a Migrantes
Cenaprece	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
Censia	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
Conapo	Consejo Nacional de Población
Coneval	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CS	Centro de Salud
Conasa	Consejo Nacional de Salud
DGE	Dirección General de Epidemiología
DGPS	Dirección General de Promoción de la Salud
DIF	Desarrollo Integral de la Familia
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
EPP	Equipo de Protección Personal
Estrategia APS para Covid-19	Estrategia de Promoción de la Salud, Prevención, Atención y Mitigación de la Covid-19 en el Marco de la Atención Primaria de la Salud
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
Inali	Instituto Nacional de Lenguas Indígenas
Inegi	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INPI	Instituto Nacional de Pueblos Indígenas
Insabi	Instituto de Salud para el Bienestar
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
JS	Jurisdicciones Sanitarias
OPS	Organización Panamericana de la Salud
Pemex	Petróleos Mexicanos
Redeve	Red de Defunciones Sujetas a Vigilancia Epidemiológica
RIS	Redes Integradas de Salud
RMMS	Red Mexicana de Municipios por la Salud
RNLSP	Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública
Sedena	Secretaría de la Defensa Nacional
Sesa	Servicios Estatales de Salud
Sinave	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Sinerhías	Subsistema De Información De Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
Sisver	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral
SMM	Servicios Médicos Municipales
SNTS	Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud
SPPS	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
SS	Secretaría de Salud
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
SUIVE	Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación
Uneme	Unidades de Especialidades Médicas
Usmer	Unidades de Salud Monitoras de Enfermedad Respiratoria Viral



**Estrategia**  
Atención Primaria de la Salud  
**para Covid-19**

**Sistematización de experiencias  
en cinco estados de México**

Se elaboró en junio de 2022  
La edición estuvo a cargo de la  
Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones  
del Instituto Nacional de Salud Pública