

Oficio Nro. GADDMQ-SS-2020-0962-OF

Quito, D.M., 23 de mayo de 2020

Asunto: Informe Día 70 para Sesión de Concejo Oficio No. GADDMQ-AM-2020-0492-O

Señor Doctor
Jorge Homero Yunda Machado
Alcalde del Distrito Metropolitano de Quito
GAD DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO
En su Despacho

De mi consideración:

En atención a su oficio No. GADDMQ-AM-2020-0492-OF, me permito poner en su conocimiento el Informe Técnico de la Situación Epidemiológica de COVID-19, en el Distrito Metropolitano de Quito, en el marco de definiciones de referencia en alcanzar al día 70, un escenario de transmisión, en relación al reporte de primer caso y posterior implementación de las medidas de aislamiento físico y de restricción de la movilidad.

Dicho informe es de referencia para la toma de decisiones en salud pública.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dr. Lenin Boroshilov Mantilla Colamarco
SECRETARIO DE SALUD DMQ

Anexos:

- GADDMQ-AM-2020-0492-OF (2).pdf
- 23_05_2020_informe_epidemiológico 23 mayo 2020.pdf

Copia:

Señor Magíster
Carlos Gregorio Montalvo Villacis
Director Metropolitano de Políticas y Planeamiento de la Salud

Señor Doctor
Hernan Francisco Viteri Torres

Oficio Nro. GADDMQ-SS-2020-0962-OF

Quito, D.M., 23 de mayo de 2020

Director Metropolitano de Promoción, Prevención y Vigilancia de la Salud (E)

Señor Doctor
Enrique Jose Bucheli Figueroa
Director de Gestión del Subsistema de Salud

Secretaría de Salud del Distrito Metropolitano de Quito

Informe técnico de “Análisis de Situación Epidemiológica de COVID-19 en el Distrito Metropolitano de Quito y en la Provincia de Pichincha al

23 de mayo de 2020”

Por disposición del Dr. Jorge Yunda Machado, Alcalde Metropolitano de Quito, me permito poner a consideración de la Secretaría General, el informe técnico de ***“Análisis de Situación Epidemiológica de COVID-19 en el Distrito Metropolitano de Quito y en la Provincia de Pichincha al 23 de mayo de 2020”***.

Para la generación del presente informe, se consideró como base, los datos oficiales reportados por el COE Nacional hasta el día sábado 23 de mayo del 2020 en sus infografías e informes de situación.

Situación de los datos nacionales, provinciales y del Distrito Metropolitano de Quito:

La epidemiología global reporta al 23 de mayo de 2020, 5'103.006 casos confirmados y 333.401 fallecidos en el marco de la pandemia de COVID-19 (<https://covid19.who.int/>). Ecuador, con 17'607.301 habitantes se encuentra hasta esta misma fecha, en el lugar 22 de entre 213 países, estados o naciones que han reportado casos de COVID-19 a nivel mundial (<https://www.worldometers.info/coronavirus/>).

Los datos reportados por el COE Nacional, en relación a la situación epidemiológica de COVID-19 (<https://www.gestionderiesgos.gob.ec/informes-de-situacion-covid-19-desde-el-13-de-marzo-del-2020/>) en el país y por ende en la provincia de Pichincha y en el DMQ, han sufrido algunos cambios de reporte desde el inicio de la epidemia, cambios algunos sustanciales, aparentemente derivados de cambios de modelo de reporte, cambios de software, actualizaciones de datos en bases de datos, unificación de bases de datos, reporte de casos confirmados o excluidos con pruebas PCR-RT y pruebas rápidas inmunológicas de entre otras justificaciones dadas por las autoridades respectivas.

Entre los actores expertos de la salud pública y entre la población general, se han generado dudas, incredulidad y desconfianza, derivadas del anárquico reporte de datos, en aumento y disminución importante, lo que no permite ni el análisis, ni la construcción de curvas epidémicas, ni la progresión o proyección relativa de datos, hasta el modelamiento en expectativa del impacto en presentación de casos y de aproximación a la mortalidad esperada.

Existen de entre algunos momentos de análisis epidemiológicos generales en dichos reportes, los siguientes:

Con fecha 13 de mayo de 2020, las autoridades nacionales reconocen en forma pública que el primer caso o caso índice, o caso 0, reportado el 29 de febrero de 2020, efectivamente no corresponde al aparente primer caso presentado en el país, lo que abre un nuevo escenario de análisis de la oportunidad de toma de medidas de contención y mitigación de la epidemia.

Entre el 10 y 11 de abril, se reporta un primer pico con 2.196 casos confirmados, coincidente con el apareamiento de un mayor número de casos de mortalidad atribuible y no atribuible a COVID-19. Desde la visión de la salud pública se evidenciaba en este momento una inconsistencia entre el número de casos confirmados y el número de fallecidos. Complementariamente, el Gobierno Nacional en un ejercicio de transparencia, reconoce que solo en la provincia del Guayas, el exceso de mortalidad del 1 al 15 de abril sobrepasaba en 5.700 casos, la mortalidad en el mismo período en el año precedente, sin embargo, dicha mortalidad no se considera atribuible a la epidemia en el Ecuador.

Un segundo pico de presentación de casos se reporta el 24 de abril, con 11.536 casos, seguido de un silencio epidemiológico de reporte hasta luego de tres días. La respuesta de la autoridad sanitaria nacional fue que en ese momento se habían procesado un numérico de muestras que se encontraban represadas en los laboratorios de referencia nacional.

Se reporta además desde la autoridad, una disgregación de casos confirmados y descartados por medio de 20.572 pruebas rápidas que necesitan un análisis adicional de interpretación; efectivamente la Organización Mundial de la Salud no ha recomendado la utilización de pruebas rápidas de determinación inmunológica, considerando a la prueba de PCR-RT, como la única prueba diagnóstica para este momento epidemiológico de la transmisión. Dichas pruebas rápidas, por sus características de baja sensibilidad, generan efectivamente un exceso de resultados falsos negativos en personas realmente portadoras de la enfermedad, así, aquellos casos falsos negativos se transforman en portadores que aseguran la continuidad de la transmisión comunitaria, incluso siendo asintomáticos o sintomáticos leves.

Por tanto, todos los casos que se reportaron como positivos con pruebas rápidas, debieron ser confirmados con pruebas de PCR-RT y, aquellos casos que fueron reportados como negativos con pruebas rápidas, efectivamente debieron ser confirmados por PCR-RT por su sensibilidad o ratificada su exclusión por su especificidad.

Se produce un nuevo silencio epidemiológico entre el 4 y 6 de mayo, en el que disminuyen 2.461 casos a nivel nacional.

Análisis epidemiológico Nacional:

Al 23 de mayo se han tomado 105.462 muestras a nivel nacional de las cuales se constata que se utilizaron 84.890 pruebas de PCR-RT, resultando 36.258 casos confirmados y 45.010 casos descartados.

Oferta de pruebas por población:

Hasta el momento, se han realizado a nivel nacional 5989 pruebas por cada millón de habitantes, es decir, 6 pruebas por cada mil habitantes.

En la provincia del Guayas se han ofertado el 34.5% del total de pruebas realizadas a nivel nacional, mientras que en la provincia de Pichincha se han ofertado el 10% de todas las pruebas a nivel nacional. Así, se evidencia una razón de 3.45:1 de oferta de pruebas entre Guayas y Pichincha. En provincias como Esmeraldas se han ofertado el 1.94 % de pruebas y en Imbabura el 0.97% de pruebas del nivel nacional, escenario para nuevos análisis epidemiológicos de relativa comparabilidad.

Si analizamos que las pruebas de PCR-RT son aquellas consideradas como diagnósticas en este momento epidemiológico, se han realizado 60.696 pruebas, es decir que se han ofertado únicamente 3.447 por cada millón de habitantes, es decir 3.4 pruebas PCR-RT por cada mil habitantes en el escenario nacional.

Han transcurrido 86 días desde el reporte del primer caso referencial confirmado de COVID-19 en el Ecuador (29 de febrero de 2020). Realizadas 60.696 pruebas específicas de PCR-RT, efectivamente se han ofertado 705 pruebas diarias a nivel nacional en promedio.

La tasa de positividad (número de casos confirmados como positivos del total de muestras tomadas) a nivel nacional es de 34.4%. Sin embargo, de las 105.462 se han confirmado 36.258 y se han descartado 45.010, es decir aún existen 24.194 muestras que no tienen resultados de confirmación ni de exclusión.

Si a este remanente de muestras en procesamiento, aplicamos la misma tasa de positividad nacional, encontramos una probabilidad de contar con 8.322 casos más a nivel nacional, por lo que el referente nacional de número de casos confirmados sería de 44.580 casos.

Con este análisis numérico de casos, las autoridades nacionales han presentado al país, una tendencia de aparente aplanamiento de la curva epidemiológica.

Este aparente aplanamiento se da por cuanto el modelo de reporte de casos nuevos confirmados se atribuye a la fecha de inicio de manifestaciones sintomáticas, es decir, con un aparente represamiento en el procesamiento de muestras por las limitaciones de producción de los equipos de biología molecular, el reporte de casos se realiza de forma retroactiva a la fecha de presentación de síntomas, lo que impide visualizar la explosividad en la presentación de casos, propia del comportamiento del SARS-CoV-2 a nivel mundial.

Por otro lado, las ordenadas utilizadas para el reporte nacional se han definido en cada 10.000 casos positivos, por lo que, el aumento diario de mínimos casos reportados el mismo día y, la alimentación retroactiva en esta amplitud de las mismas ordenadas

aparenta un pseudo aplanamiento, como se observa en el Grafico 1 (reporte oficial con cohorte al 23 de mayo de 2020).

Gráfico 1: Reporte de casos por parte del COE Nacional, 23 05 2020.

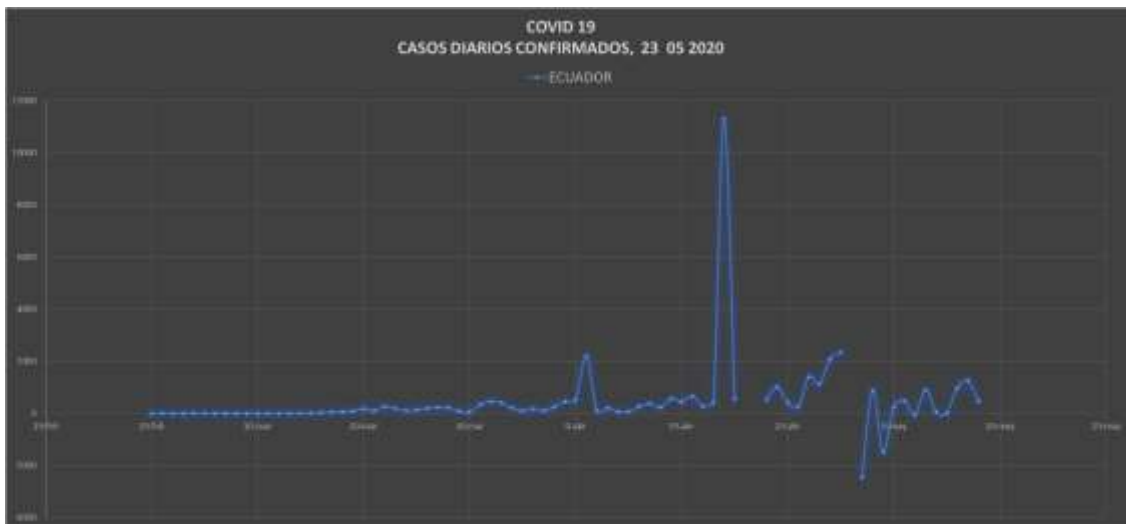


El gráfico 2 representa la curva acumulada real de casos, misma que evidencia que, por la limitada oferta de pruebas a nivel nacional y, por los constantes cambios en el reporte de datos, no genera una verdadera tendencia que permita efectivamente realizar análisis de progresión ni proyección de datos para la toma de decisiones en salud pública.

Gráfico 2: Curva de casos acumulados COVID-19 a nivel nacional, 23 05 2020



Gráfico 3: Presentación diaria de casos confirmados de COVID-19 en el Ecuador, 23 05 2020



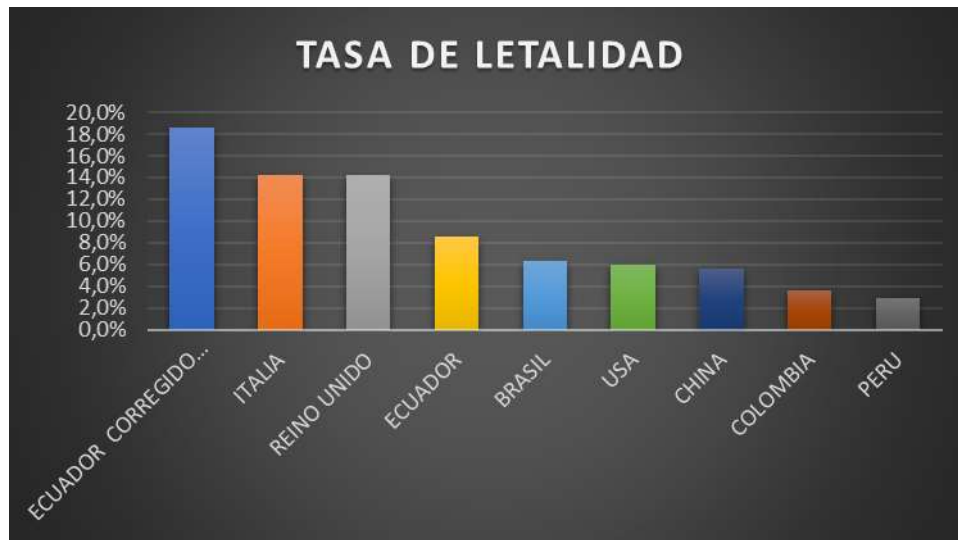
En forma complementaria y ratificando esta anarquía en la presentación de datos nacionales, el Gráfico 3 presenta la varianza (variación de casos diarios), reportados por el COE Nacional. Se visualiza que en algunos días los casos caen por debajo de las abscisas, lo que evidencia los ajustes a los datos realizados por las autoridades pertinentes del COE Nacional.

Análisis de la mortalidad:

La infografía nacional reporta 3.096 personas fallecidas atribuibles a COVID-19 en el Ecuador, lo que representa una Tasa de Letalidad (personas fallecidas del total de casos confirmados) de 8.5% (3.096 Fallecidos de 36.258 casos confirmados). Sin embargo, el mismo documento informativo reporta 1.986 fallecidos probables por COVID-19, lo que daría un total de 5.082 fallecidos, representando una Tasa de Mortalidad de 14.08%.

Ecuador, con una mortalidad declarada de 176 fallecidos por cada millón de habitantes, se encuentra en el puesto 17 a nivel mundial en esta razón, sin embargo, corregido este numérico con la mortalidad en el escenario de la epidemia COVID-19 con una mortalidad de 288 fallecidos por cada millón de habitantes, el Ecuador se encontraría en el puesto 12 a nivel mundial en mortalidad por millón de habitantes.

Gráfico 4: Comparativo de porcentaje de mortalidad de Ecuador con otros países.



El Gráfico 4 representa un comparativo de las tasas de mortalidad del Ecuador, en relación a algunos países definidos de acuerdo a algunos criterios como: China por considerarse el origen de la pandemia global; Italia y Reino Unido por haber sido referentes del retraso en la toma de decisiones en implementación de medidas de distanciamiento y de restricción de la movilidad, Estados Unidos, por ser el país con el mayor número de casos de COVID-19 a nivel mundial; Chile, Colombia y Perú, como países de la región, con comportamientos poblacionales y constituciones poblacionales relativamente similares.

Como se puede observar, la barra de Ecuador, con la mortalidad reportada atribuible a COVID-19, tiene una mortalidad superior a todos los países de la región y, en forma complementaria, si se hace un alcance de datos, considerando los casos de personas confirmadas por PCR RT de COVID-19 reportado en la infografía nacional (barra Ecuador corregido), la tasa de mortalidad, como un problema de salud pública, es superior a la mortalidad de los países con tasas más graves de mortalidad a nivel mundial.

No se ha considerado, a pesar de haber sido reconocido por el gobierno nacional, el excedente de mortalidad nacional en relación con el mismo período de tiempo del año anterior, lo que representaría tasas de mortalidad graves para el país.

Análisis Epidemiológico de la Provincia de Pichincha y del Distrito Metropolitano de Quito (<https://coe-pichincha.senescyt.gob.ec/situacion-cantones-pichincha/>).

Al 22 de mayo se han tomado 11.216 muestras de las cuales 3.201 son casos confirmados.

Oferta de pruebas por población:

Hasta el momento, se han ofertado 3.474 pruebas por cada millón de habitantes, es decir, 3.5 pruebas por cada 1000 habitantes en la provincia de Pichincha.

La tasa de positividad (número de casos confirmados como positivos del total de muestras tomadas) en la Provincia de Pichincha es del 28.5%. Sin embargo, aún existen 2.393 casos considerados sospechosos que no tienen resultados de confirmación ni de exclusión, a los que, si aplicamos la misma tasa de positividad provincial, tendríamos 682 casos positivos más en el grupo de casos sospechosos, con lo que Pichincha podría contar con 3.883.

En un ejercicio epidemiológico de oferta de pruebas entre la provincia del Guayas, en la que se han ofertado 3.45 veces más pruebas que en la provincia de Pichincha, si se hubieran realizado las mismas pruebas que en el Guayas, Pichincha efectivamente podría contar con alrededor de 13.396 casos.

La infografía provincial reporta 240 personas fallecidas atribuibles a COVID-19 en Pichincha, lo que representa una Tasa de Letalidad (personas fallecidas del total de casos confirmados) de 7.5% (240 Fallecidos de 3.201 casos confirmados). Sin embargo, el mismo documento informativo reporta 23 fallecidos probables por COVID-19, lo que daría un total de 263 fallecidos, representando una Tasa de Letalidad de 8.2%.

En el Gráfico 5 se evidencia la situación epidemiológica de la Provincia de Pichincha en datos epidemiológicos con cohorte al 22 de mayo de 2020.

Gráfico 5: Situación Epidemiológica de COVID-19 en Pichincha y sus cantones



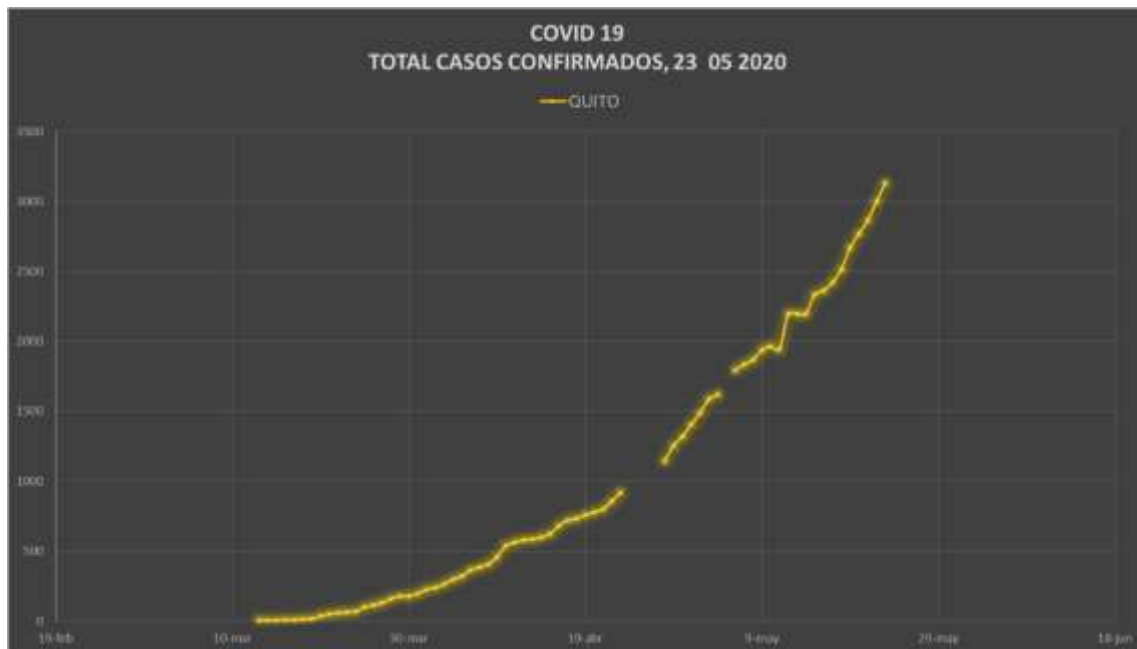
Análisis de situación del Distrito Metropolitano de Quito.

El Distrito Metropolitano de Quito presenta el 93.7% del total de casos confirmados en la Provincia de Pichincha (2.999 casos DMQ de 3.201 casos provinciales) y el 96% de los casos de fallecimiento.

El Distrito Metropolitano de Quito, luego de la consolidación de recomendaciones de expertos epidemiólogos, definió tomar medidas de aislamiento físico y de restricción de la movilidad, cuando se encontraba en una aparente Fase II de transmisión viral (transmisión en el cluster cercano al caso índice del DMQ), es decir no existía un reporte aparente de transmisión comunitaria.

En el siguiente Gráfico, se evidencia la explosividad sostenida de la transmisión del SARSCov2 en el Distrito Metropolitano de Quito, incluso con un subregistro de datos determinado por la limitada oferta de pruebas diagnósticas. No se evidencia aún, una tendencia de formación de meseta o de relativo aplanamiento de la curva acumulada, lo que demostraría que el DMQ no ha alcanzado aún el pico epidemiológico y peor aún la masa crítica de transmisión.

Gráfico 6: Curva acumulada de casos en el DMQ



En el Gráfico 6 se evidencia la explosividad de la presentación de casos confirmados en el Distrito Metropolitano de Quito, lo que daría una aproximación – en el escenario del subregistro- a la situación epidemiológica de la transmisión en fase comunitaria en el DMQ.

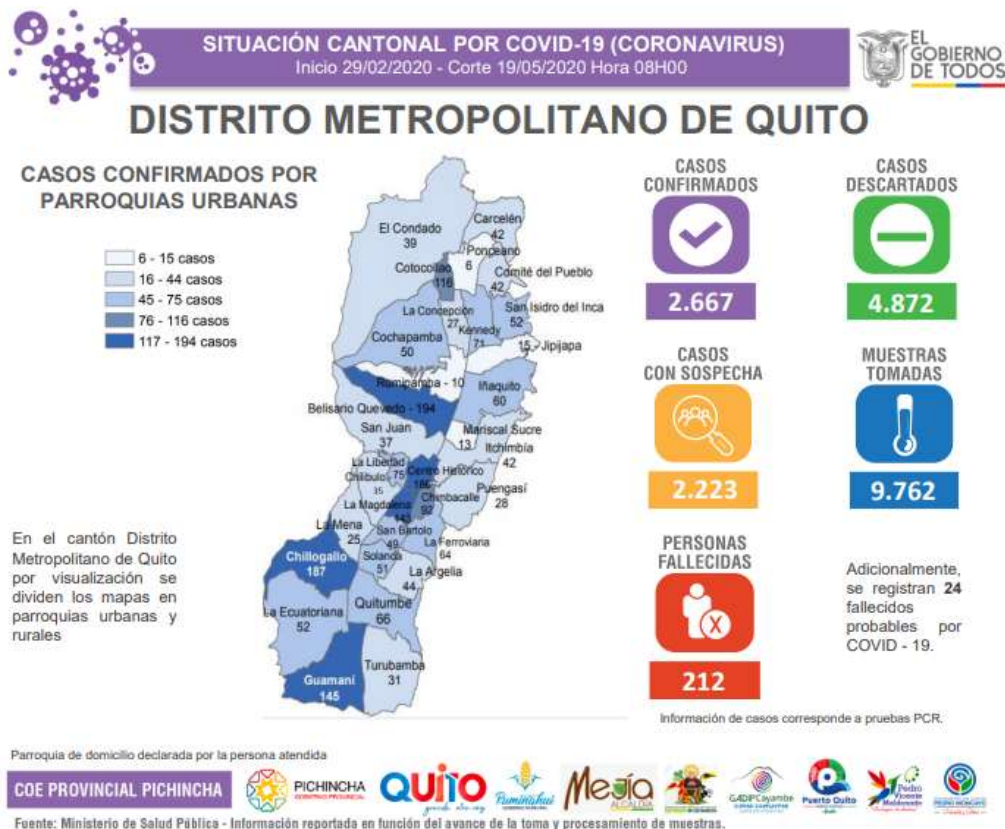
Con estos antecedentes, se debe realizar una evaluación temporal del impacto de las medidas de salud pública, en la presentación de casos y de la mortalidad, en puntos de

cohorte en relación con la progresión de casos en referentes días de alcance de picos de transmisión de la experiencia internacional, para su correlación (un indicador referencial podría ser la evaluación a los días 70 y 120 días desde el reporte del primer caso en el DMQ).

Indicador subjetivo del impacto de la COVID-19 en el DMQ en los últimos días, es el levantamiento de cadáveres en el espacio público, lamentablemente en la mayoría de los casos, sin el carácter atribuible a COVID-19. Hasta el 15 de mayo del 2020 se reportan 16 levantamientos de cuerpos, lo que tiene un impacto negativo en la ciudadanía (impacto visual reportado en ciudades con pobre control de la epidemia), lo que genera un mayor temor, dado, no solo el aumento de casos de muerte en la vía pública y domicilios, sino por el aparente carácter asintomático de algunos casos. Complementariamente hay una percepción de una aparente no accesibilidad a los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

El Gráfico 7 presenta el numérico de casos en las parroquias Urbanas del DMQ, sin embargo, para priorizar las intervenciones, se debe realizar de acuerdo con las tasas de transmisión en relación con la población individual de cada parroquia.

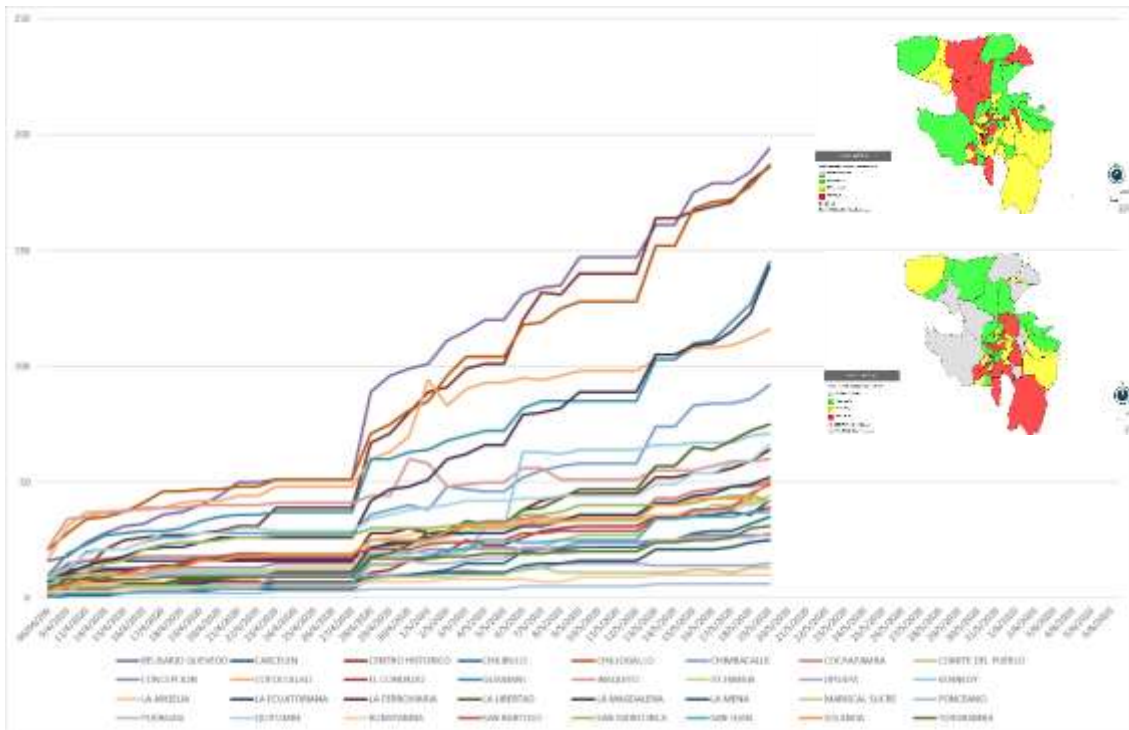
Gráfico 7: Casos confirmados por parroquia en el DMQ.



Como se aprecia, todas las parroquias urbanas tienen casos confirmados de COVID-19, sin embargo, se debe considerar la diferencia en poblaciones específicas (número de

habitantes por parroquia), lo que define en forma individual, tasas de incidencia de casos, herramienta para la toma de decisiones en salud pública.

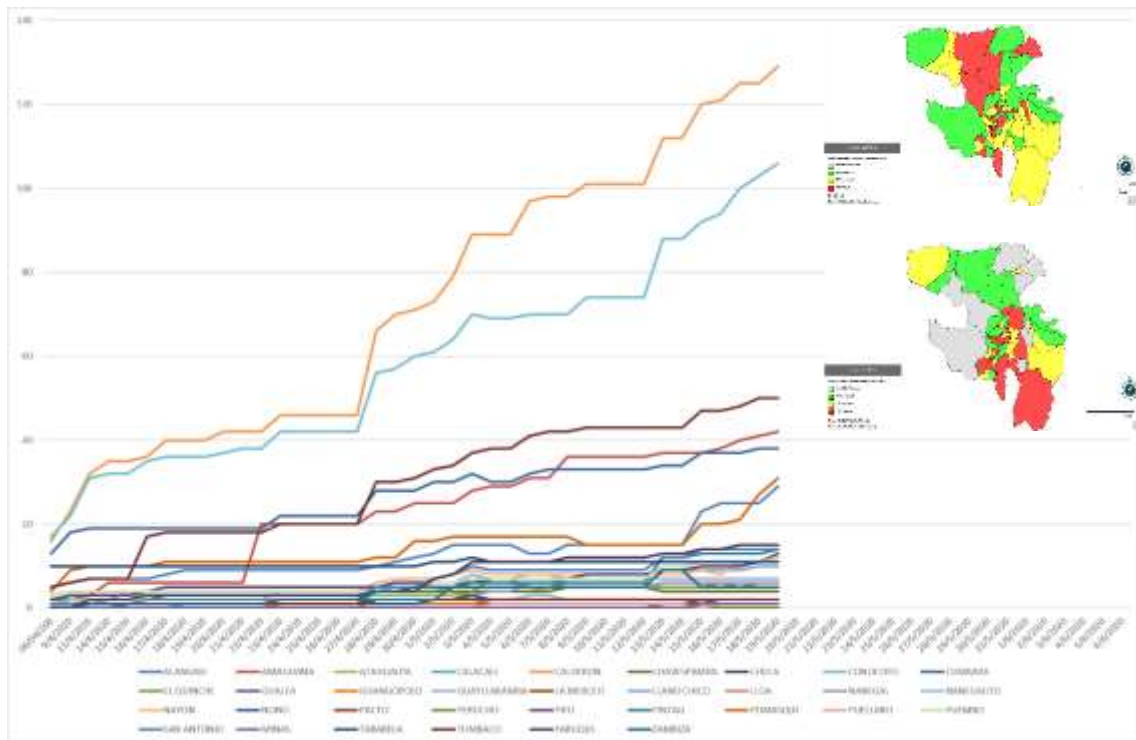
Gráfico 8: Curvas de casos acumulados por parroquias urbanas en el DMQ.



Fuente: COE PROVINCIAL

Como se evidencia gráficamente, de acuerdo a los datos oficiales de reporte de casos confirmados en el DMQ, la mayoría de parroquias se encuentran en una fase intensa y explosiva de presentación de casos. Muy pocas parroquias presentan curvas de estabilización en el reporte de casos confirmados, probablemente debido al cumplimiento del aislamiento y respeto de medidas de bioseguridad, lo que deberá ser analizado en forma individual en cada territorio, en relación además a los determinantes socioeconómicos y particularidades de cada parroquia urbana.

Gráfico 9: Curvas de casos acumulados por parroquias rurales del DMQ.



Fuente: COE PROVINCIAL

Mapa 1. Casos por 100 habitantes según parroquias. DMQ, 19 05 2020

Se evidencia también una variabilidad en las tendencias de presentación de casos en las parroquias rurales, De igual forma, se ratifica eventualmente el aislamiento que han asumido algunas parroquias en relación con otras.

Respuesta del Sistema Nacional de Salud en el DMQ:

Indicador importante, no solo para la toma de decisiones en semaforización, sino para la toma de decisiones en salud pública, es el análisis de la respuesta del Sistema Nacional de Salud, en la disponibilidad versus la ocupación de camas específicas para COVID-19. Respuesta del DMQ, ante el requerimiento de evidenciar la situación epidemiológica de COVID-19:

Gráfico 10. Disponibilidad de camas COVID-19 y camas de terapia intensiva



PICHINCHA - OCUPACIÓN DIARIA DESTINADA PARA COVID-19 (CORONAVIRUS) - ESPECIALIDADES
Reporte 15/05/2020



PICHINCHA	CAMAS HOSPITALIZACIÓN					PUESTOS UCI				
	DESTINADAS ORIGINAL COVID	AMPLIACIÓN COVID	DESTINADA COVID AMPLIADA	DISPONIBLES COVID	% COVID DISPONIBLE	DESTINADAS ORIGINAL COVID	AMPLIACIÓN COVID	DESTINADA COVID AMPLIADA	DISPONIBLES COVID	% COVID DISPONIBLE
MSP	122	46	168	30	18%	42	20	62	1	2%
IESS	304	151	455	88	19%	61	11	72	6	8%
Total Provincia	426	197	623	118	19%	103	31	134	7	5%

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	CAMAS HOSPITALIZACIÓN					PUESTOS UCI				
	DESTINADAS ORIGINAL COVID	AMPLIACIÓN COVID	DESTINADA COVID AMPLIADA	DISPONIBLES COVID	% COVID DISPONIBLE	DESTINADAS ORIGINAL COVID	AMPLIACIÓN COVID	DESTINADA COVID AMPLIADA	DISPONIBLES COVID	% COVID DISPONIBLE
General Pablo Arturo Suárez	48	26	75	-	0%	7	14	21	-	0%
De Especialidades Eugenio Espejo	63	2	65	22	34%	23	6	29	1	3%
General Enrique Garcés	-	10	10	-	0%	7	-	7	-	0%
Docente de Calderón	10	8	18	8	0	5	-	5	-	0%
TOTAL MSP	122	46	168	30	18%	42	20	62	1	2%

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	CAMAS HOSPITALIZACIÓN					PUESTOS UCI				
	DESTINADAS ORIGINAL COVID	AMPLIACIÓN COVID	DESTINADA COVID AMPLIADA	DISPONIBLES COVID	% COVID DISPONIBLE	DESTINADAS ORIGINAL COVID	AMPLIACIÓN COVID	DESTINADA COVID AMPLIADA	DISPONIBLES COVID	% COVID DISPONIBLE
Quito Sur	192	125	317	52	16%	27	11	38	3	8%
Carlos Andrade Marín	112	26	138	36	26%	34	-	34	3	9%
TOTAL IESS	304	151	455	88	19%	61	11	72	6	8%

El reporte no incluye los datos de Hospitales Especializados población pediátrica, psiquiátrica y gineco obstétrica.

Fuente: Ministerio de Salud Pública 13/05/2020

Fuente: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; 15/05/2020, 7:00



Como se puede evidenciar, los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud, específicamente del MSP y del IESS, han realizado los alcances en apertura de nuevas camas para pacientes COVID-19 (camas generales para pacientes con sintomatología leve y con sintomatología moderada y, camas específicas de terapia intensiva)

A pesar de la apertura cada vez mayor de camas, es decir asegurando una mayor oferta de camas, dichos establecimientos de salud han saturado en uso, tanto las camas generales como de aquellas de terapia intensiva.

Se vuelve preocupante por tanto que, en esta fase de explosividad y diagnóstico de casos confirmados, el Sistema Nacional de Salud, no tenga la respuesta esperada, para asegurar el tratamiento y seguimiento de pacientes, sobre todo graves, derivados de la COVID-19.

Respuesta del GAD Metropolitano del DMQ.

En adelante y, de acuerdo con un análisis epidemiológico del impacto del COVID-19 en el DMQ, se definió la creación de un Centro de Atención Temporal en el Centro de Convenciones Bicentenario, escenario con capacidad de 370 camas que aportará en la mitigación de la saturación del sistema nacional de salud, acogiendo a pacientes con sintomatología leve y moderada.

De igual forma se ha planificado y se está constituyendo una Unidad de Ventilación Respiratoria para acoger a casos graves que necesiten de terapia respiratoria.

Por otro lado, el GAD Metropolitano del DMQ, en vista de la necesidad de acercarse al conocimiento del perfil epidemiológico, siguiendo las recomendaciones de la autoridad sanitaria mundial, la Organización Mundial de la Salud, definió realizar pruebas de PCR-RT en tiempo real, a grupos vulnerables específicos y de responsabilidad municipal y, en extensión, a la población del DMQ.

Se ha realizado hasta el momento, la capacitación al personal definido para la toma de pruebas y se han validado dichas pruebas en el laboratorio de Biología Molecular del Centro de Biomedicina la Universidad Central del Ecuador.

Se han mantenido las respectivas reuniones técnicas con responsables de la Planta Central y de la Coordinación Zonal 9 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con la finalidad de validar los requerimientos de información, estandarizar los modelos de reporte y coordinar acciones conjuntas para el diagnóstico de casos de COVID-19 en el DMQ.

Se ha encontrado limitaciones en el sistema, por cuanto las herramientas de análisis epidemiológico (documento EPI1 de reporte obligatorio) únicamente ofrece la posibilidad de graficar los casos sintomáticos, sin embargo como se definirá, hay un grupo importante de personas asintomáticas que resultan positivas al análisis de COVID-19 por diagnóstico de laboratorio con PCR-RT, mismos que hasta la fecha se reportan en forma manual (uno a uno los casos) en las plataformas del MSP en el Sistema de Vigilancia Epidemiológico SIVE Alerta.

Se ha solicitado al MSP un número de claves de acceso al sistema SIVE Alerta para operativizar el reporte desde la Secretaría de Salud.

Visto el número de casos que se deben subir manualmente, se produce un retraso en el procesamiento y en el reporte de datos por parte de las herramientas de la autoridad sanitaria, por lo que se está desarrollando un sistema de archivo plano para lograr automatizar la carga y reporte de datos en las respectivas bases.

Luego de reuniones de trabajo con entidades y profesionales médicos ocupacionales del GAD del DMQ y de la elaboración de un Protocolo Específico para la toma, transporte y entrega de muestras a los laboratorios de biología molecular, se ha priorizado la toma de muestras a los trabajadores y dependientes de las entidades municipales que se encuentran en la primera línea de trabajo en territorio, en contacto interpersonal.

Se ha acordado igualmente, la posibilidad de hacer un pre-registro de datos para evitar la relación interpersonal del personal de toma de muestras, con los trabajadores de las diferentes dependencias municipales, durante el llenado de datos básicos.

Se ha generado un correo institucional único para reporte de casos desde el GAD DMQ a la autoridad sanitaria.

Participa además en la generación de herramientas estandarizadas de reporte, la empresa que brinda este servicio al laboratorio de biología molecular de la UCE, quienes prestan su contingente y apoyo sin costo para ninguna de las dos instituciones.

Con el conocimiento del fallecimiento de tres colaboradores de la Empresa Pública EMASEO, se ha iniciado con la toma y procesamiento de muestras de este grupo de trabajadores.

El Municipio de Quito está realizando la toma de muestras realizadas y hasta el 23 de mayo llega a un total de 633 muestras. Se debe considerar un mínimo sesgo, por cuanto el personal que se tomó la muestra es personal municipal de primera línea que tiene contacto directo con la ciudadanía.

Complementariamente al diagnóstico se crea la necesidad del seguimiento clínico y de la vigilancia epidemiológica, para que las personas confirmadas y sus familias deban cumplir con los respectivos cercos epidemiológicos y de vigilancia georreferenciada, con las limitadas capacidades de seguimiento del MSP.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con esta realidad epidemiológica nacional, provincial, del DMQ y al interno de la institución municipal, con sus propios análisis desde la salud pública, se sugiere evaluar a profundidad, dependiendo de las competencias de cada entidad municipal, el mantenimiento e incluso el fortalecimiento de medidas de aislamiento, en cumplimiento de medidas de bioseguridad y protección personal, para evitar la continuidad de la transmisión, en un escenario de saturación de establecimientos de la Red Pública Integral de Salud y probablemente del propio Sistema Nacional de Salud.

Que la actualización del presente documento, y el análisis epidemiológico por medio del acercamiento a una mejor realidad por medio de la prevalencia de casos confirmados con las pruebas de PCR-RT y el análisis del contexto global, nacional y local, sean herramientas de toma de decisiones en salud pública en el DMQ.

Dr. Gregorio Montalvo Villacís
Director Metropolitano de Políticas y Planeamiento de Salud del DMQ

Dr. Enrique Bucheli Figueroa
Director Metropolitano de Gestión del Subsistema de Salud

Dr. Francisco Viteri Torres
Director Metropolitano de Promoción, Prevención y Vigilancia de la Salud

Oficio Nro. GADDMQ-AM-2020-0492-OF

Quito, D.M., 21 de mayo de 2020

Asunto: Informe Día 70 para Sesión de Concejo

Señor Doctor
Lenin Boroshilov Mantilla Colamarco
Secretario de Salud DMQ
GAD DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO
En su Despacho

De mi consideración:

Con un atento saludo, solicito se sirva emitir un Informe Técnico, hasta el **23 de mayo de 2020**, en función del cumplimiento del día 70 de la medida de aislamiento social y la posibilidad de cambio de color de semáforo. Este deberá cubrir los siguientes aspectos, según las restricciones impuestas por la Administración Pública Central:

1. Control de transmisión del COVID-19, que incluya un análisis histórico de la tasa de contagio y además:

- Total de contagios
- Horas de movilización de casos positivos
- Aglomeraciones y disturbios
- Defunciones
- Casos sospechosos / descartados / recuperados
- Cumplimiento de medidas sanitarias por parte de la población
- Uso de la app contact tracing

2. La capacidad del sistema de salud en la ciudad para detectar, seguir, aislar y tratar cada caso positivo de contagio con COVID-19 y para rastrear cada contacto. De manera específica se referirá a los siguientes aspectos:

- Total de camas hospitalarias disponibles en el Distrito Metropolitano de Quito.
- Total de UCI disponibles en el Distrito Metropolitano de Quito.
- Reporte sobre atenciones de emergencia desde el inicio de la emergencia.
- Disponibilidad de atención en los distintos centros de salud a la fecha.
- Reporte de atenciones prestadas en el Centro de Atención Temporal Quito Solidario.

3. Identificación de focos de infección y entornos de alta vulnerabilidad para minimizar riesgos de brotes. Se informará sobre las medidas específicas para mitigar los riesgos de contagio generados en esos sectores.

4. Recomendaciones y, de ser el caso, protocolo de medidas de bioseguridad a adoptarse en

Oficio Nro. GADDMQ-AM-2020-0492-OF

Quito, D.M., 21 de mayo de 2020

los entornos laborales.

5. Recomendaciones para el control de casos importados.
6. Recomendaciones para mejorar el cumplimiento de las medidas por parte de la ciudadanía.
7. Se defina e indique los umbrales de los indicadores que deban monitorearse para el retorno al semáforo rojo, de ser el caso.
8. Cualquier otro aspecto relevante que la autoridad deba conocer para adoptar una decisión informada respecto del cambio del color del semáforo, en particular, en atención a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para el inicio de la etapa de distanciamiento social.

El informe deberá atender al alcance y requisitos previstos en el art. 123 del Código Orgánico Administrativo, específicamente, la conclusión y recomendación inequívoca sobre la posibilidad de cambio de color según el esquema de semaforización establecido por el COE Nacional. En caso de ser necesario, coordinará con otras entidades y órganos de la Municipalidad para la presentación oportuna y completa del informe.

El contenido del informe será expuesto y defendido por la máxima autoridad administrativa de la Secretaría tanto en la sesión de Concejo Metropolitano del día martes 26 de mayo de 2020, como en la sesión del COE Metropolitano que se señale para el efecto en los próximos días.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dr. Jorge Homero Yunda Machado
ALCALDE DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO

Acción	Siglas Responsable	Siglas Unidad	Fecha	Sumilla
Elaborado por: Luis Fernando Rivera Lima	lfrl	AM-AA	2020-05-21	
Aprobado por: Jorge Homero Yunda Machado	JY	AM	2020-05-21	

Oficio Nro. GADDMQ-AM-2020-0492-OF

Quito, D.M., 21 de mayo de 2020