

ACTA RESUMEN DE LA SESIÓN ORDINARIA VIRTUAL NÚMERO CINCUENTA Y DOS

Fecha de sesión: viernes 03 de abril 2020

Hora: 15h00

ASAMBLEÍSTAS QUE ASISTEN: Michel Doumet, William Garzón, Nancy Guamba, Patricia Henríquez, Manuel A. Ochoa M, Juan Sebastián Palacios, José Agualsaca, Guadalupe Salazar, Ángel Sinmaleza, Wendy Vera Flores, Carlos A. Vera R y Rosa I. Verdezoto R.

INVITADOS QUE ASISTEN: Dra. Alicia Zavala Calahorrano, Docente de la Universidad Técnica de Ambato, PhD en Salud Pública, Dr. Mauricio Valencia Calvo, Docente Universitario, Máster en Salud Pública y al Dr. Paulo César Morocho, Presidente de la Fundación de Ayuda a Personas Adultas Mayores.

OBSERVACIONES Y ACUERDOS: La Presidencia formuló el rechazo por desafortunados comentarios en contra del gremio de profesionales médicos y se tributó un minuto de silencio por el fallecimiento de 27 galenos. La exposición de la Dra. Zavala versó sobre: El control de la bioseguridad del personal que se encuentran en la primera línea de atención a pacientes COVID; La importancia del tamizaje para realizar un testeo masivo y establecer los cercos epidemiológicos que ameritan un manejo de atención primaria en salud en la parte preventiva; Características de las pruebas moleculares y las de uso rápido, de acuerdo al estadio de los pacientes y el algoritmo para el manejo de las mismas; La dotación de materiales indispensables para poder trabajar en las unidades de prestación de servicios de salud, privilegiando el fortalecimiento del nivel primario para descongestionar los niveles secundario y terciario; La georeferenciación con fines estadísticos y epidemiológicos para crear las **“salas situacionales y mapas calientes”**. En cada segmento presentó observaciones y recomendaciones para las autoridades y la población.

El Dr. Valencia, luego de una síntesis sobre evolución regional del Sistema de Salud y las necesidades no cubiertas que demandan de una reforma integral del sistema, se refirió a las características de la pandemia y los aspectos que se requiere fortalecer a) La velocidad de respuesta del SNS y b) El sistema de información que debe potencializarse de suerte que sea replicable, transparente, fiable que actualmente no lo es, y cuya consecuencia es un sub registro, tanto del número de contagiados, como de defunciones; la curva epidémica no es la real, aparte que los resultados no se tienen en tiempo real no se conoce el retraso y al no existir un plan de detección masiva, no es posible acciones reales frente a la magnitud de la pandemia. Formuló recomendaciones sobre la geolocalización, la semaforización con enfoque cantonal y hasta parroquial, la trazabilidad de contactos para facilitar que haya un cronograma de desinfección y procedimientos de enseñanza para la población para un Plan Post cuarentena.

En su intervención, el Dr. Paulo César Morocho, resumió sus propuestas: La primera referida a la detección precoz de COVID, donde se subraya que si no se diagnostica de una manera pronta a los pacientes, todo esfuerzo será vano; y, la segunda propuesta habla de definir los grupos de mayor riesgo. Reiteró que las dos propuestas son acopladas a la realidad, recomendando trabajar con objetividad. El objetivo propuesto señaló es evitar el impacto mayor de esta crisis en las personas o grupos más vulnerables haciendo uso de la organización de los GADs parroquiales y Presidentes barriales. Lo que se plantea es fortalecer los equipos de trabajo del primer nivel de atención, de forma sectorizada en aquella población de difícil control, es decir, formar equipos de salud para un barrido puerta a puerta e identificar aquellos casos sospechosos y garantizar el aislamiento de los mismos en condiciones íntegras.

En las tres exposiciones se formularon preguntas de la más diversa índole, que fueron atendidas con solvencia por los ponentes. Los aportes recibidos, según explicó el Presidente constituyen insumos para trasladarlos a su vez como Resoluciones al COE Nacional.

**COMISIÓN DEL DERECHO A LA SALUD - PERÍODO LEGISLATIVO 2019-2021
ACTA DE LA SESIÓN ORDINARIA VIRTUAL NÚMERO CINCUENTA Y DOS**

No. de Sesión: 052
Fecha de sesión: viernes 3 de abril de 2020
Hora: 15h00

Siendo las quince horas del día viernes 03 de abril de 2020, el Presidente de la Comisión da inicio a la sesión con la asistencia por video conferencia, de los siguientes asambleístas: Michel Doumet, William Garzón, Nancy Guamba Díaz, Manuel A. Ochoa M, Juan Sebastián Palacios, José Agualsaca Guamán, Wendy Vera Flores, Carlos A. Vera R y Rosa I. Verdezoto R.

Confirmado que existe el quórum reglamentario al contarse con nueve asambleístas miembros de la Mesa Legislativa, el Presidente dispone se de lectura a la convocatoria y orden del día de la sesión 052, correspondiente al período legislativo 2019-2021.

Quito 2 de abril de 2020

CONVOCATORIA A SESIÓN - VIRTUAL

Por disposición del señor Presidente de la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud, Dr. William Garzón Ricaurte, de conformidad con lo dispuesto en los numerales 1 y 2 del artículo 27 de la Ley Orgánica de la Función Legislativa; el artículo 8 del Reglamento de las Comisiones Especializadas Permanentes y Ocasionales de la Asamblea Nacional; y, al amparo de lo señalado en la Resolución del Consejo de Administración Legislativa No. CAL-2019-2021-213, aprobada en sesión virtual de 18 de marzo de 2020, en la que el máximo órgano de administración legislativa expide el Reglamento para la implementación de las sesiones virtuales y el teletrabajo emergente en la Asamblea Nacional, convoco a ustedes señoras y señores asambleístas a la **Sesión Ordinaria No. 052 – VIRTUAL**, que se llevará a cabo el día viernes 3 de abril de 2020, a las 15h00, por vía telemática, a través de la plataforma de videoconferencias Zoom cuyo ID de ingreso se enviará 10 minutos antes de instalar la sesión conforme las recomendaciones de la Coordinación General de TICS, con el objeto de tratar el siguiente orden del día:

- 1.- Recibir por videoconferencia a la Dra. Alicia Zavala Calahorrano, Docente de la Universidad Técnica de Ambato, PhD en Salud Pública por la Universidad de Griffith Australia, quien aportara su criterio técnico en el manejo de la pandemia por el COVID-19.
- 2.- Escuchar por videoconferencia al Dr. Mauricio Valencia Calvo, Docente Universitario, Máster en Salud Pública por el Instituto Nacional de Salud Pública de México y Máster en Dirección y Gestión Sanitaria por la Universidad Complutense de Madrid, quien compartirá sus criterios para enfrenar la pandemia por el COVID-19.
- 3.- Atender por videoconferencia al Dr. Paulo César Morocho, Presidente de una Fundación Cuencana que brinda servicios de salud gratuita a personas adultas mayores, quien propondrá un cambio del esquema terapéutico en la atención de adultos mayores sospechosos de infección por el COVID-19.

Se pone a consideración del Pleno el orden del día, el mismo que es aprobado por unanimidad. Se encuentra conectado a la plataforma virtual el asambleísta Ángel R. Sinmaleza S.

El Presidente da la bienvenida y agradece a los invitados por acudir al llamado de la Comisión, que busca contribuir con alternativas de solución en medio de la crisis originada por la pandemia del coronavirus y antes de dar paso al desarrollo de la agenda, puntualiza dos aspectos:

El primero hacer público su malestar y protesta como Presidente de la Comisión y en su condición de médico, ante las declaraciones descomedidas vertidas en un medio digital, en contra del gremio de los médicos, acto que rechaza de manera enérgica ante el desconocimiento de los códigos deontológicos que rigen y que propician estos comentarios es dividir a la población y dejar en la indefensión al personal que trabaja en la primera línea y que gracias a ese trabajo salvan la vida de los ecuatorianos.

En segundo lugar tributar un minuto de silencio por todo el personal que ha fallecido a causa de esta pandemia y un llamado de atención a las autoridades para proteger al personal de salud dotando de forma inmediata de todo el equipo suficiente para su trabajo. Se detalla la lista de médicos fallecidos en un número de 27. Se conecta a la plataforma virtual la asambleísta Patricia Henríquez.

Cumplido el acto, se da inicio al primer punto del orden del día, con la intervención de la Dra. Alicia Zavala Calahorrano, Docente de la Universidad Técnica de Ambato, que anuncia su presentación basada en cuatro aspectos fundamentales:

1.- El control de la bioseguridad del personal de salud y acoger los protocolos de la OPS para realizar el testeo de las personas que se encuentran en la primera línea de atención a pacientes COVID cada siete días y que, lastimosamente aún no se lo ha hecho. Indica que la petición la formula a nombre de todos los colegas y profesionales de la salud por considerar una prioridad no solo porque son quienes cuidan de la población, sino porque pueden haber pasado como asintomático y ser sujetos de contagio de la enfermedad.

2.- Destacar la importancia del tamizaje para poder realizar un testeo masivo que permita determinar los casos de quienes están enfermos, los asintomáticos y establecer los cercos epidemiológicos correspondientes en las poblaciones con escenarios diferentes y que ameritan un manejo de atención primaria en salud en la parte preventiva, porque los hospitales no tienen la capacidad resolutive y están colapsados. Señala que el testeo debe bajar al nivel primario de atención de salud para coadyuvar en el manejo de los casos con síntomas respiratorios leves. Y además, dotar a estas instancias de los elementos suficientes como son la georeferenciación y las pruebas para poder actuar. Se conecta a la plataforma virtual la asambleísta Guadalupe Salazar.

3.- Clarificar las características de las pruebas moleculares y las de uso rápido, de acuerdo al estadio de los pacientes. Las primeras para aquellos que han mejorado las condiciones con las que ingresaron a hospitalización y fueron dados de alta, y las segundas como un mecanismo de prevención y detección de anticuerpos con quienes han sido dados de alta. Explica que la Sociedad Ecuatoriana de Patología ha realizado un algoritmo para el manejo de las pruebas y poder determinar qué tipo de prueba se debe realizar a un paciente en un determinado momento y determinar un uso adecuado de las mismas, que son limitadas.

4.- La dotación de materiales indispensables para poder trabajar en las unidades de prestación de servicios de salud, no únicamente en el ámbito hospitalario, sino también en el de atención primaria, utilizando el modelo que utiliza el Estado, que es de soporte para descongestionar los niveles secundario y terciario que actualmente está congestionado.

Entre las observaciones y recomendaciones precisa que no es tiempo de la apertura de la cuarentena porque el número de contagios es creciente, el descenso y aplanamiento de la curva no se ha producido, por lo que es fundamental insistir en medidas como los cuidados

diarios de higiene, el lavado de manos, permanecer en casa y mantener el distanciamiento, el uso de alcohol y mascarillas adecuadamente, no tocar superficies externas y tener el cuidado de no llevarse las manos a los ojos, nariz o boca, así como el control en el uso de monedas y billetes por el riesgo de transmisión. Para el efecto es indispensable preparar e informar y sobre todo contar con el apoyo y disciplina de la población.

Juzga que es muy importante en los actuales momentos considerar a la población vulnerable de adultos mayores a los que también se debe brindar acceso a medios digitales y puedan utilizarlos. Se debe activar la solidaridad para trabajar con el segmento de la población que más necesita, con una visión preventiva. Se imponen acciones en seguridad alimentaria considerando que existen problemas de desnutrición crónica en el país y especialmente en el campo, para que siga produciendo alimentos y todo visto como estrategia de un Plan de Aseguramiento para la población, de al menos seis meses a un año con análisis y retroalimentación para determinar qué va suceder en el corto plazo. Es el momento en que todos debemos aportar para vencer a la pandemia.

Insiste en señalar que el impulso a la bioseguridad es fundamental para todos los profesionales de la salud y las personas que trabajan en la cadena de seguridad: Policías, Militares, Bomberos, Personal de limpieza de servicios básicos, personal de transporte (que en total suman alrededor de una 60 mil personas), porque son las que determinan que el país siga funcionando y son las primeras listas del testeo justamente por lo que se ha manifestado. La Dra. Zavala propone revisar el algoritmo de manejo de pruebas moleculares y de uso rápido para el tamizaje masivo de la población, destinar recursos económicos para adquirir más pruebas como único mecanismo de prevención e instar a un trabajo conjunto de las Redes Integrales de salud con los GADs.

El Presidente agradece la participación de la ponente, resume los temas abordados y destaca el trabajo de la Comisión, generado justamente con los aportes y visiones técnicas de expertos, resultado de lo cual se ha remitido al COE Nacional las recomendaciones varias de las cuales son coincidentes con los puntos de vista planteados por la Dra. Zavala en cuanto a que la bioseguridad garantice a todo el personal de salud que labora en un hospital, en todos los niveles.

La asambleísta Patricia Henríquez consulta: ¿Cuál sería el mecanismo al salir del hospital y trasladarlos a un hotel antes de que lleguen a sus domicilio?.

Respuesta.- El establecer un alojamiento temporal en hoteles adecuados para el efecto, especialmente para los médicos de hospitales grandes que tratan a pacientes infectados, y que no vayan a sus domicilios, es una alternativa válida para exponer menos al personal; y el resultado de la medida, dependerá de cuánta exposición de carga viral tenga y ahí la validez de pruebas rápidas, que si dan positivo pasan al aislamiento domiciliario.

El asambleísta José Agualsaca señala que una medida de prevención es la inmovilidad social que no opera necesariamente en el campo, porque ahí el trabajo no se ha detenido. En ese contexto pregunta: ¿Cómo evitar en este segmento de la población que se junten?.

Respuesta.- El primer nivel de atención debe movilizarse donde está el paciente. Si está en área rural deberá realizar las pruebas rápidas en el sitio donde están esas personas y hacer clúster de transporte para la distribución de sus productos, sin salir del campo y complementar con la desinfección de las unidades de movilidad.

El asambleísta Sebastián Palacios en la línea de la prevención y sobre la herramienta de la georeferenciación pregunta ¿Se están cumpliendo con esos objetivos?.

Respuesta.- La georeferenciación es la utilización de datos con fines estadísticos y epidemiológicos para crear las **“salas situacionales y mapas calientes”**, que permite determinar dónde hay mayor concentración de pacientes con una patología. Si este mecanismo se puede realizar desde el nivel territorial más pequeño es más probable realizar cercos epidemiológicos adecuados para personas y realizar el testeo y luego con las medidas para su seguimiento. Tiene la percepción de que la herramienta utilizada no ha dado los mejores resultados. La información de georeferenciación es confidencial lo maneja el MSP como ente regulador del sistema, para activar los mecanismos de salud, movilizar las brigadas u hospitales móviles. La academia contribuye en estos aspectos para ayudar a solventar algunos problemas encaminados hacia ese objetivo.

El asambleísta Ángel Sinmaleza refiere que el COS propone el fortalecimiento del primer nivel de atención de salud como factor preventivo ¿Cuál sería la cantidad de dosis de pruebas rápidas para hacer este trabajo?

Respuesta.- Las pruebas rápidas deben ser vistas como una estrategia de salud para poder prevenir que la población se siga contaminando, pero entiende también la difícil situación económica que atraviesa el país y las trabas para la importación de reactivos que se necesitan. La Asamblea Nacional podría apoyar a que se impulsen estos procesos. Conoce que hay 100 mil pruebas que están por llegar, que resultan insuficientes.

La asambleísta Nancy Guamba consulta ¿Cómo sería el aislamiento de pacientes confirmados y bajo que medicamentos se podría controlar la enfermedad?

Respuesta.- Si se realiza el testeo propuesto, sería posible detectar casos en asintomáticos y para evitar que se propague la enfermedad, se impone el aislamiento. Y, si ya se detecta de manera temprana es preciso un adecuado reposo, el paciente tomará paracetamol, pero dependiendo de las cargas virales se analizará su reacción y suministrarle retrovirales del tipo utilizado para VIH, o para dengue y malaria, que es la hidroxiclороquina en combinación con azitromicina, cuando se tiene estadios tempranos, pero no cuando el paciente está con ventilador mecánico.

El Presidente agradece la participación y dispone avanzar con el siguiente punto del orden del día que es la intervención del Dr. Mauricio Valencia Calvo, Docente Universitario, Máster en Salud Pública por el Instituto Nacional de Salud Pública de México y Máster en Dirección y Gestión Sanitaria por la Universidad Complutense de Madrid.

El Dr. Valencia, a manera de introducción señala que la meta del Sistema de Salud en general, es la cobertura universal de salud, el acceso, la protección, las campañas y la vigilancia sanitaria que, en el caso ecuatoriano viene acarreado algunas falencias y aunque en los últimos años ha ocurrido una evolución regional, migrando históricamente de una visión caritativa y asistencialista de beneficencia, indica que se fue fragmentando en diversos tipos de servicios y todavía persisten necesidades no cubiertas que demandan de una reforma integral del sistema.

Indica que en el caso ecuatoriano, a partir del 2008, se concibió al sistema de salud como un derecho humano; y, no obstante que se realizaron algunas reformas, para llegar a la universalidad de los servicios, se requiere de cambios importantes. La gratuidad de la salud resultó en su opinión un arma de doble filo pues, el modelo de protección social para que sea sostenible debe contar con el aporte financiero de sus beneficiarios. El sistema de salud está fraccionado en el IESS, ISFFAA, ISPOL, MSP y una red complementaria privada y con una rectoría de la ASN y el Ministerio que actúa no solo como Rector del Sistema, sino además como proveedor de servicios de salud, funciones paralelas de los sistemas existentes que compiten entre sí. Considera que debería haber una planificación unificada pensando en un aumento de cobertura de la capacidad instalada tanto en recursos humanos

e infraestructura para ampliar su cobertura. En este escenario al no tener una Red de atención primaria no fortalecida y al no contar con un Plan de acción unificado, compite con el MSP en la Red primaria problemas en los cuales sorprende la pandemia.

Las afectaciones debilitaron algunos servicios como el sistema de vigilancia epidemiológica que en los distritos tenían cierto grado de fortaleza y alertas muy importantes ante este tipo de coyunturas. Lo que hubo fue una medicalización del sistema de salud, pero se dejó de lado la columna vertebral que es la salud pública, la vigilancia y los programas nacionales de salud, sumada a una desprofesionalización del sistema para dar cabida a personas que sin la formación adecuada reemplazaron a profesionales epidemiólogos de carrera; o la designación de gerentes hospitalarios sin la capacidad requerida para el desempeño, manteniendo además un solo modelo de atención de los hospitales y centros sanitarios públicos, cerrando el paso a otros esfuerzos que pudieron darse con la participación de empresas privadas con una diversificación de modelos de gestión más eficientes.

En esta coyuntura sobreviene la pandemia que tiene características propias y que complejiza la epidemia es su periodo de latencia, desde que puede transmitir, antes de que se dé el periodo de incubación, hasta que se remiten los síntomas que hay que esperar dos semanas adicionales a que la carga viral baje y hacer una prueba de detección de PCR y luego otra 24 horas después).

Para gestionar esta pandemia se requiere fortalecer dos aspectos: a) La velocidad de respuesta del SNS a través de los Planes de Acción (Reconfigurar los espacios disponibles Hospitales de campaña y, triajes hospitalarios por fuera de las instalaciones de los hospitales; y b) El sistema de información que debe potencializarse, pues si bien a través del INEC, se cuentan con mayores estadísticas, aún no tiene la afinidad para disgregar la información específica sobre la cobertura, indicadores de resultados o del avance de los programas realizados. Otro problema es que perennizan programas itinerantes de salud, como ejemplo refiere el tema del médico del barrio, sin análisis de la capacidad instalada.

El sistema de información debe ser replicable, transparente, fiable que es uno de los problemas latentes, se cuenta con un sistema de información limitado y que es un factor determinante para un sub registro, tanto del número de contagiados, como de defunciones; entonces, la curva epidémica no es la real, aparte que los resultados no se tienen en tiempo real no se conoce el retraso y al no existir un plan de detección masiva, no es posible acciones reales frente a la magnitud de la pandemia. Si no está centralizada la información en la ASN la distorsión será la norma no se tendrán datos reales dentro del registro que en estos casos se necesita, acompañado de un perfil epidemiológico.

Es preciso que la transparencia sea absoluta, la ciudadanía debe estar consciente que el sistema tiene limitaciones aún en los países más desarrollados del mundo; y, lo otro es que las autoridades se supediten las resoluciones de las mesas técnicas y a los aportes de los expertos, que deben estar rodeados de técnicos para dar seguimiento a los contactos sobre el comportamiento de los cercos epidemiológicos y fortalecerlos.

En cuanto a la crisis de la epidemia resalta temas como el de la falta de capacidad crematoria que, en Guayaquil ha colapsado; y, en estos casos considera que deberían tomarse las pruebas para determinar cuántos efectivamente murieron a causa de la epidemia y ese dato debe estar reflejado en las estadísticas. Sobre los hospitales de campaña, hoteles medicalizados, con personal sanitario limitado, que se puede utilizar para pacientes dados de alta, o para casos que son débiles, hace observaciones ya que se han adaptado como hospitales de campaña a instalaciones como coliseos o centros de concentración popular en los que el problema es la limitada disponibilidad de camas, con el inconveniente que las cadenas de distribución de alimentos, oxígeno se vuelve compleja, incluso para la movilidad, por lo que resulta ideal espacios amplios donde sea posible

colocar 500 o más camas con 3m de distancia donde no se complejicen estas líneas de atención que se requiere, como son: Estand de enfermería, depósito de medicamento, farmacias, triaje, flujos, red de plomería para la salida de gases medicinales, equipos de detección, auxiliar, enfermera que van a domicilio y toman la muestra de la persona con perfil sospechoso o sintomatología compatible con el COVID-19.

La geolocalización no puede ser únicamente por provincias y está bien que sea semaforizada, pero cree que debe ser afinado a nivel cantonal y hasta parroquial la trazabilidad de contactos facilita a que haya un cronograma de desinfección donde pudo haber estado un contacto (tienda, supermercado), porque caso contrario higienizar lugares públicos amplios resultaría ineficiente. Con relación a los hospitales algunos necesitan de una reconfiguración de los espacios y sería ideal si el IESS y el MSP logren sacar una farmacia por fuera de sus instalaciones de salud para los pacientes crónicos que, cada tres meses deben retirar sus medicamentos y de hecho la receta ya debería haber sido actualizada para un período similar y pueda ser retirada sin ingresar a los hospitales donde hay mayor riesgo de contagio.

La clasificación respiratoria que deben tener los hospitales tiene que ser exterior, con equipo formado y con equipo de protección y utilizar material solo para ese efecto, esto con el fin de proteger las áreas en general del hospital. Es bueno que haya hospitales exclusivos para el tratamiento del COVID-19, pero dada la magnitud de la epidemia, no cabe que todos tengan áreas específicas para tratar este tipo de pacientes. Los hospitales privados una vez atendida la emergencia no están atendiendo COVID y los derivan al sistema público aspecto que sería importante conocer respecto a la postura acordada con la ASN para que esto.

Hay que enseñar a la población el procedimiento para no contagiarse cuando comparte con un paciente aislado y estar bien informado porque el mayor riesgo que el aumento se produzca dentro de los domicilios. Y lo propio los protocolos para el personal de salud sobre el uso de los equipos de protección que son procedimientos básicos.

El Presidente agradece la intervención del Dr. Valencia cuyas recomendaciones en varios segmentos son coincidentes con la apreciación que al respecto tiene la Comisión y que constan en los documentos que han sido remitidos al COE Nacional y autoridades pertinentes, destacando que la persona que debe estar al frente del manejo técnico de la pandemia, indiscutiblemente debe ser la ASN.

La asambleísta Nancy Guamba sobre la posibilidad de adecuar el Coliseo Julio César Hidalgo, anunciado por el COE Provincial, pregunta ¿Bajo qué criterio se puede adecuar un Coliseo para que sea hospital de campaña?.

Respuesta.- Un hospital de campaña por concepto, es una infraestructura que exige como requerimiento básico áreas amplias, con accesos, techado, instalaciones no deterioradas, disponer de movilidad para el traslado del paciente, sin riesgo para la población y que no necesite de adecuaciones previas. No conoce el estado actual del coliseo pero propondría otros lugares donde se puedan adecuar los espacios y servicios elementales de un hospital que permita retrasar la exposición al contagio para aplanar la curva y que el sistema de salud pueda brindar la asistencia de manera paulatina a los casos complicados. Y una vez que haya la inmunidad adquirida, luego de que el 70% de la población estuvo expuesta, el 30% ya queda protegido y será una enfermedad endémica, con brotes probablemente estacionales como otros virus y contar con la vigilancia sanitaria del caso. En consecuencia la medida de la cuarentena es una acción prudente hasta que pase la primera ola y poder mitigar la epidemia, por tanto la población no debe tener actitudes negativas respecto a la instalación de un hospital de campaña.

La asambleísta Rosa Verdezoto pregunta ¿Se pueden mejorar los aplicativos móviles como medidas de protección frente a la pandemia?.

Respuesta.- Lo que tiene el aplicativo móvil es una forma de socialización de información sobre un algoritmo clínico frente a síntomas, para determinar si tiene la posibilidad de ser un posible caso sospechoso y datos sobre la semaforización sobre los mapas calientes de la geolocalización en provincia. El aplicativo puede potenciarse mucho más y es recomendable que la trazabilidad (que da el esquema de limpieza) sea la más fina y mejor posible, incluso para que la ciudadanía pueda aportar con información si conoce de un caso sospechoso.

El asambleísta Sebastián Palacios pregunta ¿Conoce usted si el MSP trabaja en función de un Plan definido para contrarrestar la crisis sanitaria?.

Respuesta.- Las medidas de contención que se tomaron en el País con respecto a la epidemia solo apuntaban a ganar tiempo para ejecutar y tener listos los respiradores, instalación de hospitales de campaña, preparación de los protocolos de diagnóstico en base a la curva de aprendizaje de los demás hospitales. El 3 de marzo que participo en el COE nacional, no fueron informados de cuál era el Plan de acción, se hablaba de un panorama crítico y de las mesas técnicas que se han conformado especialmente con la academia para aspectos de investigación, pero de lo principal que debió ser el problema epidemiológico y de sistemas de la información no se dijo nada. Entonces no sabemos cuántas camas de terapia intensiva están disponibles y si Guayaquil llegó a su tope y están colapsados en cuanto a respiradores y según el triaje, lo ideal sería que un caso que se está complicando evitar que vaya a un ventilador que supone 3 a 4 semanas de aplicación y a veces con un mal pronóstico. El giro de rotación de las camas es rápido, lo ideal es tomar las previsiones para que esos casos severos no se hagan críticos, concluye que esos planes y protocolos no los hay. Se han socializado protocolos y algoritmos de tratamiento de España y EEUU.

El asambleísta Ángel Sinmaleza pregunta: ¿Qué recomendaría para un Plan post cuarentena?

Respuesta.- No se tiene datos reales, hay un sub registro y sin la detección efectiva de la población infectada no se puede conocer la magnitud real de la epidemia, ni cuándo llegará a su meseta. Una epidemia suele comenzar duplicando la cifra de contagiados en poco tiempo comienza un crecimiento exponencial. Cada 24 h aumenta el 33% su número de contagiados. En Guayas y Pichincha se está entrando a una dinámica de ese estilo, es decir estamos en el ascenso de la curva y se desconoce el tiempo que tomará a que se llegue a la meseta y a que baje, una vez adoptadas las medidas de cuarentena. El levantamiento de las restricciones debe ser escalonado, localizado y progresivo y, luego determinar un Plan post cuarentena. Al menos hasta que haya inmunidad colectiva o acceso a una vacuna, tendrán que mantenerse algunas medidas en las actividades cotidianas en sitios públicos y en lugares de trabajo, persistirá el distanciamiento físico y otras estrictiones como movilidad, restaurantes y prácticas de higiene.

La asambleísta Patricia Henríquez tiene la siguiente inquietud ¿Cree que sea posible la semaforización en circunstancias de movilidad regional de la población?.

Respuesta.- En Ecuador lo que se ha determinado es la semaforización provincial que es sumamente amplia y no permite ir levantando esas restricciones a nivel cantonal o parroquial, por tanto si se produce movilidad entre ellos, puede haber un pico significativo de la epidemia, entonces hay que afinar la semaforización para mejorar el control.

El Presidente agradece la participación del Dr, Valencia y dispone continuar con el siguiente punto que corresponde a la intervención del Dr. Paulo César Morocho, quien manifiesta que la propuesta remitida a la Comisión consta de dos documentos: El primero referido a la detección precoz de COVID, donde se subraya que si no se diagnostica de una manera pronta a los pacientes, todo esfuerzo será vano; y, la segunda propuesta habla de definir los grupos de mayor riesgo, recordando que en el país va a ser una limitante si la decisión es

instrumentar acciones que presentan las aplicaciones a través de medios informáticos, porque no toda la población goza de acceso al internet y la cultura de una gran parte de la población que no es homogénea tiene sus características desde la perspectiva social, que son realidades que se deben considerar.

Las dos propuestas son acopladas a la realidad, en la primera se expone el reducido número de pruebas disponibles y sobre eso hay que empezar a trabajar con objetividad, porque es con lo que se cuenta lamentablemente. Entre los objetivos específicos de la primera propuesta constan: Identificar de manera oportuna aquellos casos sospechosos de coronavirus para su control adecuado; disminuir de manera acelerada las cifras de contagio sobre todo en zonas de difícil control; concientizar a los pacientes, sobre todo a aquellos que son casos sospechosos, sobre los métodos de prevención y la necesidad de aislamiento total; disminuir el número de usuarios que acuden a las salas de emergencia de las unidades de segundo y tercer nivel, para que las mismas mantengan su capacidad de resolución óptima.

La propuesta es reactivar los niveles primarios de atención para definir a las personas exactamente donde se encuentran, para lograr una detección temprana de pacientes COVID y además definir cuál es su estadio, si es asintomático, sintomático, tiene complicaciones o son grupos vulnerables. La ventaja es que si son pacientes sintomáticos el tratamiento debe ser temprano el MSP brinda hidroxicloroquina y azitromicina a pacientes que tienen un estadio moderado, es decir están hospitalizados, tienen oxígeno y con medicación para un cuadro complejo.

El objetivo de la segunda propuesta así mismo es evitar el impacto mayor de esta crisis en las personas o grupos más vulnerables haciendo uso de la organización de los GADs parroquiales y Presidentes barriales. Lo que se plantea es fortalecer los equipos de trabajo del primer nivel de atención, de forma sectorizada en aquella población de difícil control, es decir, formar equipos de salud para un barrido puerta a puerta e identificar aquellos casos sospechosos y garantizar el aislamiento de los mismos en condiciones íntegras.

El Presidente agradece la presentación y ratifica que efectivamente los documentos de propuesta remitidos fueron distribuidos entre los miembros de la Comisión y se abre el conversatorio para intercambio de preguntas y respuestas.

El asambleísta Carlos Vera pregunta ¿Es posible que las pruebas rápidas en pacientes asintomáticos que aún no presenta la maduración del virus resulte negativo y determinar que esa persona pueda seguir contagiando? Y ¿Hasta qué punto son efectivas las pruebas rápidas?.

Respuestas.- Un paciente debe ser evaluado clínicamente, actualmente no hay la capacidad para realizar las pruebas rápidas a toda la población, que sería lo ideal. Existen problemas con este tipo de pruebas que pueden arrojar falsos positivos y falsos negativos, pero no sustituye a la valoración clínica del paciente y si el resultado es negativo mantenemos al paciente en observación y monitorear su evolución.

La asambleísta Rosa Verdezoto consulta ¿En qué consiste el fomento de las acciones socio productivo sustentables para enfocar el tema del COVID-19 al que alude la propuesta?.

Respuesta.- La georeferenciación consiste en definir exactamente dónde están las personas que pueden complicarse y terminar en una situación fatal, lo cual es importante para poder ayudar a esas personas antes que el cuadro sea terminal y fomentar las acciones, es a través de lo que ocurre con las iniciativas de distribución de kits alimenticios y de soporte. Pero de nuevo volvemos a la realidad, no toda la ciudadanía tiene acceso a información y disponibilidad de internet para ser beneficiario de estas ayudas y especialmente en áreas

rurales, y ahí es donde funciona las acciones que se recomiendan trabajando por ejemplo con el contingente de los GADs Parroquiales que pueden definir el cerco epidemiológico en caso de sospecha de contagio, con la ayuda del Subcentro de Salud, los UPCs de la Policía, lo que permite al resto de la zona trabajar en áreas que le competen, como la protección a los productores de alimentos.

El Presidente pregunta ¿Cómo llevar a la práctica la propuesta de hacer visitas in situ a la población? ¿El Ecuador tiene el personal suficiente para realizar las mismas y realizar la coordinación con los líderes barriales?

Respuesta.- Es un reto pero la estructura organizacional disponible implica asignarle responsabilidades a los GADs parroquiales, la propuesta supone el reto de la participación activa de las organizaciones más pequeñas dentro de cada comunidad con los líderes barriales, aún a sabiendas de las debilidades y escasez de recursos. Se propone la valoración y atención de mínimo 500 viviendas diarias; para lo cual se debería declarar toque de queda de 24 horas, por sectores, y la coordinación del Ministerio de Salud Pública con otras instituciones de salud y entidades como el Ministerio de inclusión económica y social, Ecu 911 y la Fuerza Pública.

La asambleísta Rosa Verdezoto pregunta ¿Si la carga viral de un paciente con coronavirus es la misma que un paciente asintomático?.

Respuesta.- Un paciente asintomático es aquel que no presenta señales de advertencia como tos, sudoración, dolor de cabeza, pero el virus está creciendo. Se considera como un estándar que un paciente tiene una carga viral en 14 días desaparece la misma y ya no es más contagioso, lo cual difiere con un paciente que es sintomático que ya no aparece en 14 días, sino en 21 y si tenemos un paciente que está hospitalizado en cuidados intensivos y su carga viral sigue indefinida porque no hay control del virus en su cuerpo, entonces en ese caso no es que desaparece a los 14 días como el caso de un asintomático.

El asambleísta Ángel Sinmaleza sobre la inmunidad rebaño consulta ¿Qué opinión le merece esta propuesta?

Respuesta.- La propuesta es una iniciativa del Reino Unido, donde no suspendieron los Kinder Garden ni las Escuelas bajo el entendido de que si bien un niño se puede infectar, él no desarrolla una sintomatología grave, se infecta, pasa el período y registra luego una inmunidad dentro de su cuerpo, va a la casa y empieza a transmitir la inmunidad a su familia y cuando sus padres se exponen al virus, ellos ya no desarrollan la enfermedad. Esa estrategia es estupenda en teoría, pero en la práctica el problema es la confianza que exista en una sociedad a este tipo de teorías. En el caso comentado, se trata de una sociedad receptiva a reportes científicos, que no es el caso ecuatoriano, donde hay una deficiencia para que la generalidad de la población comprenda lo que es un estudio científico. Y si se plantea dejar que los niños y los jóvenes salgan en medio de la crisis y se infecten, lo más probable es que una gran parte de la población irá en contra de las decisiones gubernamentales para una exposición que la juzgarían de innecesaria.

La asambleísta Patricia Henríquez se refiere a la propuesta de su colega Sinmaleza pero opina que la población ecuatoriana registra altos índices de desnutrición en cuyo caso esos niños no responderían en los términos explicados por el ponente y tomando como referencia a cómo e África asumieron el control del ébola pregunta ¿Qué tan factible es aplicar esa estrategia en Ecuador que cuenta además con el médico de familia?.

Respuesta.- Justamente ese es el alcance de su propuesta aunque actualmente muchos centros de salud han sido cerrados y con ello los médicos de familia no cumplen ese rol es viable reforzar el sistema de atención primaria de salud y los cientos de médicos que se

encuentran actualmente sin trabajo pueden ser vinculados bajo la modalidad contractual con pagos que se pueden acordar a corto plazo, por las dificultades actuales de la economía, y ser incorporados a los subcentros de salud cercanos a su domicilio y realizar el trabajo que corresponde a la propuesta de visita a domicilio.

La asambleísta Nancy Guamba para puntualizar el trabajo territorial para fortalecer la atención primaria de salud más aún que se necesita tener el acercamiento del profesional al ciudadano y que bueno el análisis de descongestión con los hospitales que están colapsados y que las propuestas recibidas de los comparecientes se trasladen a las instancias de decisión.

El Presidente agradece las propuestas que si bien son un reto, no pueden descartarse y esta jornada no ha sido la excepción sobre ciertos planteamientos que coincide la Comisión que definió en el COS el fortalecimiento de esta instancia por lo que se vuelve importante su aprobación, aspecto que es corroborado por el asambleísta Ángel Sinmaleza y las estrategias para adoptarlas respecto a la definición del Pleno de la Asamblea sobre el COS y respaldadas además por el asambleísta Manuel Ochoa.

Agotados los puntos del orden y siendo las dieciocho horas cuarenta y cuatro minutos (18h44), se clausura la sesión 052 correspondiente al período legislativo 2019-2021.

Dr. William A. Garzón Ricaurte
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN
DEL DERECHO A LA SALUD

Dr. Fernando Paz Morales
SECRETARIO RELATOR DE LA
COMISIÓN DEL DERECHO A LA SALUD