



Fecha: 26 junio 2020
Horario: 6:00 PM
Coordinador o facilitador: Alianza por el Derecho a la Salud ADESA
Relatora: Crisaleidy Made
No. de organizaciones: 7
de participantes: 13
Modo panel, los participantes estaban conectados por Facebook Live
@ADESAIRD_____
Conexión: FACEBOOK LIV

INTERVENCIONES:

Moderador: Emanuel Guerra, miembro de la Asociación Nacional de Enfermería

Alba Reyes, Coordinadora Nacional de ADESA

Rebeca Goetz, miembro de ADESA

Adalberto Grullón, miembro del Comité coordinador de ADESA

Nelson Rodríguez Monegro, ex director del Servicio Nacional de Salud

Marisela Duval, activista social y socióloga

Fulgencio Severino, médico cardiólogo y director de área de cardiología del Hospital Salvador B. Gautier

Descripción actividad: Panel virtual. 26 de junio 2020

Tipo de dialogo: territorial ____ **sectorial** ____ Ultramar ____

Objetivo:

- Reflexionar sobre la crisis del sistema sanitario y el impacto del Covid-19 en el derecho a la salud de la ciudadanía.
- Conocer la respuesta del sistema sanitario frente a la pandemia COVID-19: limitaciones y aciertos.
- -Conocer la realidad actual del sistema hospitalario: retos y prioridades.

Temáticas establecidas: Diálogo virtual conducido por un moderador con la participación de panelistas que agotaron un turno individual para luego recoger y responder las preguntas relacionadas a cada ponencia. Se abordaron las siguientes temáticas a modo de presentación:

1. Calidad del Derecho a la Salud y su Vulnerabilidad ante el Covid-19.
2. Crisis sanitaria: Respuesta del Sistema de Salud frente a la pandemia de Covid-19.
3. Situación Hospitalaria por la Pandemia COVID-19, Restos y Prioridades.

Breve contextualización: Este panel surge como iniciativa de ADESA, en el marco del Dialogo Ciudadano, justo cuando el país experimenta un mayor número de defunciones y contagios por la pandemia de coronavirus. La atención se centra en la crisis sanitaria por el inicio de la apertura económica y la realización del aproximado proceso eleccionario impostergable.

Definición del perfil de los participantes: activistas sociales y médicos expertos en temas de atención y gerencia hospitalaria.

Metodología utilizada: Panel, moderación, relatoría.

Diagnóstico y análisis realizado relacionado cada temática.

Stalin Montero coordinador de la comisión de comunicación de ADESA introduce:

En nombre de la Alianza por el Derecho a la Salud, iniciamos este Diálogo Ciudadano.

Enmanuel Guerra, moderador

Saludos a todos y a todas, muchísimas gracias por conectarse y estar ahí. Agradecemos en nombre de ADESA, que es la Alianza por el Derecho a la Salud y también agradecemos de manera especial a la profesora Marisela Duval, al Dr. Nelson Rodríguez Monegro y al Dr. Fulgencio Severino por aceptar esta invitación. Esta tarde hemos sido convocados, justamente para hablar sobre la Crisis Sanitaria: Límites y Aciertos de la Respuesta del Sistema de Salud frente a la Pandemia COVID-19 en el País. Recordarles que este espacio es parte de una serie de diálogo que ADESA, viene desarrollando en este contexto en el que el país enfrenta el COVID-19.

En el encuentro tenemos los siguientes objetivos: Reflexionar sobre la crisis del sistema sanitario y el impacto del Covid-19, en el derecho a la salud de la ciudadanía. Conocer la respuesta del sistema sanitario frente a la pandemia COVID-19, limitaciones y aciertos. Conocer la realidad actual del sistema hospitalario, retos y prioridades.

Le damos las gracias a las personas que se están conectando a través de todas nuestras redes sociales y también pedirles que por favor compartan esta transmisión para que otras personas puedan acceder al panel. El primer tema lo vamos a tener con la profesora, Marisela Duval. Ella nos hablara sobre la **Calidad del Derecho a la Salud y su Vulnerabilidad ante el Covid-19.**

Intervención Marisela Duval.

Calidad del Derecho a la Salud y su Vulnerabilidad ante el Covid-19.

Muchísimas gracias por esta iniciativa de ADESA, que siempre hay que felicitar lo acertada de las decisiones que toma en el sentido del Diálogo al que nos está convocando.

Mi trabajo va dirigido a formular una propuesta para mejorar la calidad de la atención en salud frente a esta tremenda crisis, la calidad del sistema de salud a la población en el sistema público, (Régimen subsidiado de la Seguridad Social a donde acude la población más carencial del país). Es una agenda con la que ADESA, tiene que embarcarse fuertemente en un próximo gobierno, ya que constituye un derecho fundamental que ha sido negado reiteradamente en estas últimas dos décadas; sobre todo en el contexto de la actual crisis sanitaria tras el impacto de la pandemia por el COVID-19, que está afectando muy fuerte la economía del país, la vida social y personal.

Una crisis económica y humana muy profunda, muy grave y que parecería que va a durar mucho tiempo. Recordando un poco lo que nos decía Pável Isa en el pasado Diálogo de ADESA con los productores agropecuarios, no hay sustituto del Estado frente a esta Crisis y mucho menos en el caso de la salud de la población. Nada más necesario que la calidad de los servicios para garantizar y preservar los indicadores que ya tenemos, (los indicadores alcanzados), aunque no podamos mejorarlos, pero por lo menos no empeorar la situación.

La calidad de los servicios de salud es una meta que nosotros no hemos terminado de desarrollar nunca, ni siquiera en el primer nivel de atención ambulatoria y que en el presente parecería que se quiere sustituir por el grado de satisfacción del usuario. Una simple pregunta en la relación al trato recibido en la consulta (es decir en la atención recibida) con una opción de satisfecho, muy satisfecho, medianamente satisfecho o no satisfecho. Por ejemplo: el estudio de ADESA del año pasado 2019, encontró un 93.1 % de satisfacción en el primer nivel de atención. Muy satisfecho o satisfecho; hablamos de las clínicas rurales y urbanas, las Unidades de Atención Primaria y los centros de salud de este proceso de fragmentación y heterogeneidad a que ha sido llevado el primer nivel de atención en estas dos últimas décadas.

¿Qué diferente estaríamos hablando hoy en época del COVID-19 si ese alto nivel de satisfacción se correspondiera con las respuestas del sistema a las necesidades de la población frente a la actual pandemia? Si contáramos con un primer nivel consolidado; esto es una amplia red de promotores, educadores, médicos de familia y voluntarios de la comunidad visitando y educando a las damiselas casa por casa, yendo el servicio a visitar a las familias sobre la prevención en salud, organizando charlas comunitarias como estos foros de ADESA, pero dentro de las comunidades etc.

La Organización Mundial de la Salud, define la calidad de la asistencia sanitaria asegurando que cada paciente recibe el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima. Teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del propio paciente y del servicio médico y la máxima satisfacción del paciente en el proceso. El concepto está vinculado a la satisfacción y a las necesidades individuales del paciente, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad. Pero asegurar que cada paciente recibe el conjunto de servicios de información, diagnósticos y terapéuticos más adecuadas significa que:

1. El personal de atención; médicos y enfermeras cumplan con los horarios de atención y cuenten con los recursos, equipos y materiales necesarios en cada consulta. Que los equipos y medicamentos de atención nunca falten o estén defectuosos en un proceso de abastecimiento de insumos en los establecimientos.
2. Que los insumos necesarios como vacunas, medicamentos de emergencia etc. siempre existan y estén oportunamente.
3. Que el registro y el manejo de expedientes de historias clínicas existan y estén organizados para que rápidamente sea localizada la historia clínica de cada paciente.
4. Finalmente, que se cuente con materiales y recursos para actividades educativas. El primer nivel es fundamentalmente un nivel de educación y de prevención de la salud. El apoyo de la comunidad organizada, motivada para recibir y promover las acciones de salud. Atención clínica propiamente adecuada, la consulta médica el manejo de las relaciones interpersonales, el ambiente en que se lleva a cabo el proceso de aliciente tiene que ser Óptimo. Sólo pensar un poco en ¿Cómo funcionan los hospitales de tercer nivel en nuestro país? ¿Cómo están funcionando en esta época de Covid-19? nos llama a grandes cuestionamientos en ese sentido.

¡Podría asustar un poco!! tiene que ser óptimo, es un proceso técnico y administrativo complejo que debe de estar bien organizado, la calidad de la atención en salud va a depender en gran medida entonces de varios factores: primero, que el equipo de salud conformado por médicos y enfermeras tenga una relación proporcional y la Organización Mundial de la Salud recomienda de seis a siete licenciados o auxiliar de enfermería por médicos. Nosotros tenemos lo inverso; tenemos seis a siete médicos por una enfermera y ahí comienza una primera desproporción que va a incidir mucho, tremendamente en la calidad de la atención.

En el periódico de ayer precisamente salió una denuncia que hacía Francisca Peguero, la presidenta de ASONAEN y miembros de ADESA, como en esta época de Covid-19, se están reintegrando a unas 2 mil y tantas enfermeras que habían sido jubiladas. Por la presión fuerte que tiene ahora mismo la atención y la necesidad de enfermeras. Pero pensemos que si son personas jubiladas precisamente lo que estamos haciendo es exponiéndolas a un riesgo muy grande por la edad y por las condiciones ya existente que debe tener un personal que justamente está retirado para descanso en su casa.

La existencia de un solo protocolo y normas de atención por tipo de patologías: la medicina general, la ginecobstetricia, la pediatría y cirugías, por ejemplo, para hablar de las cuatro especialidades básicas.

Los expedientes clínicos deben estar completos y organizados, organizar las historias clínicas que resulte fácilmente localizables para cada paciente que va a asistir a la consulta ese día, que el médico cuente con cada historial. Si es una persona que asiste por primera vez obviamente le toca a ese médico iniciar el proceso de expediente, abriéndole su historia clínica correspondiente. Equipos e insumos básicos para la atención, balanza para pesar y si queremos darle seguimiento a los problemas como obesidad, diabetes etc. los aparatos para tomar la presión tensión y en un ambiente relajado: que la persona se sienta agradable, que sea una consulta donde van a dar la información, pero también el chequeo que hace el médico físico, la revisión física.

La ausencia que se está verificando en estos momentos es la ausencia de las historias clínicas de la persona como una de las mayores violaciones al derecho a la salud de las personas; un hecho que nosotros observamos en 2008 y 2010 cuando recogimos nuestra información para nuestra investigación doctoral. Se estaba dando hasta en los hospitales de segundo nivel y en las mismas Unidades de Primer Nivel, pero en 2018 tuvimos un tremendo espectáculo al ver las fotografías en la prensa diaria el derrumbe del Hospital Luis Eduardo Aybar, que ahora constituye uno de los centros importantes para la atención a los pacientes de Covid-19. Al mismo tiempo que se destruye parte de la estructura física, se destruyeron todos los expedientes. Los archivos del hospital fueron arrojados a la basura por las excavadoras junto con la parte que se destruía. Ese para mí es el mayor indicador de lo que comenzaba a partir de ese momento en el país. El deterioro, el abandono en la poca importancia que se le iba a dar a las historias clínicas, a los expedientes médicos como fuente de la calidad en salud y la atención.

Porque la historia clínica es el instrumento de diagnóstico y de investigación mediante el cual se obtiene la mayor parte de la información del paciente como sujeto; la destrucción de la patología y sus antecedentes por lo que una historia clínica completa ayuda a superar esta fragmentación del ser humano que con lleva la medicina moderna, la medicina actual; resultado de la especialización médica concentrada en el órgano o centro de especialidad, ignorando todos los demás aspectos de la vida, atención integral y en el caso del primer nivel ignorando hasta el contexto social y el ambiente comunitario donde reside la población.

La historia clínica completa es lo que ayudar a recuperar la condición del usuario como sujeto. Des 2008, (repito) observamos a los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública, el inicio de una mala práctica por los médicos al reducir el protocolo para llenado de la historia clínica que está reglamentado por el Reglamento General de Hospitales en el artículo 36. Los médicos han ido reduciendo la recogida de datos que contiene ese instrumento y el rigor en el llenado de estos expedientes clínicos que constituye hoy en día un elemento clave de la calidad y al mismo tiempo constituyen una diferencia muy grande en los servicios públicos y los servicios privados.

No quiero decir que en el servicio privado no haya también un cierto relajamiento con las historias clínicas, pero por lo regular los médicos tienen otra actitud y otro comportamiento.

Otro elemento importante de la calidad de la atención y un elemento clave de la aplicación de la Atención Primaria por lo cual ADESA, va a tener que hacer muchos eventos de concienciación y de seguimiento para que esto no se viole, se recupere pero que no se viole; es el referimiento de pacientes. Sobre todo, del primer nivel que es ambulatorio del segundo y tercer nivel de especialización porque es lo que discrimina lo que se atiende en un primer nivel y lo que se lleve a los niveles superiores de complejidad. Y es lo que va obviamente a permitir el descongestionamiento del tercer nivel; algo que está afectando mucho la calidad entonces de ese nivel (yo no tengo que destacar ni hablar un poco aquí de las aglomeraciones, del ruido, del ambiente que rodea los hospitales de los servicios de tercer nivel para no salirme del tiempo).

¡El referimiento debe ser escrito! y ahí tenemos que insistirle a la población para cuando le toque eso lo reclame. Es una falta de respeto y de consideración de un ser humano decirle como todavía se hace; ve al Rober Reid, ve a la Maternidad la Altagracia; tiene que ser un documento escrito con un diagnóstico presuntivo y referido también a un centro médico específico de manera que ese paciente pase por administración y lo sepan recibir y dirigir al lugar correspondiente.

El impacto del coronavirus en el país a partir del día 2 de marzo del presente año cuando se anuncia el primer caso que va a agudizar aún más la crisis del sistema de salud. ¡Yo me imagino que muchas de esas cosas a nivel de lo que está pasando sobre la mortalidad del país, evidencia que tiene que haber un deterioro mayor! Vemos que diariamente el Ministro de Salud informa por los medios de comunicación el avance del Covid-19, las medidas que se están tomando en el incremento de los casos. Nos van informando; ya hoy tenemos cerca de 30 mil casos positivos, el porcentaje que está en las Unidades de Cuidados intensivos, las camas ocupadas, las personas que están en confinamiento en los hogares y el número de personas fallecidas. Sabemos que cerca de 698 personas ya han fallecido por esta enfermedad.

El Distrito Nacional, la provincia de Santo Domingo, Santiago y Duarte son las provincias más afectadas y donde se encuentran 282 pacientes de cuidados intensivos, 12 mil 200 casos activos, aislamiento hospitalario. ¡Nos están dando informaciones diarias! pero lo que más me preocupa es que no se tiene información de lo que está pasando en el país a nivel de la mortalidad y morbilidad general de la población. No conocemos nada de lo que pasa ahora mismo frente a la situación de salud de la población. Nos informan con detalles el avance de la pandemia, pero desconocemos qué podría estar pasando con la morbilidad y la mortalidad general. Solo podemos deducir que habrán disminuido las muertes por accidentes de tránsito dada la situación de confinamiento de la población.

Pero sería bueno conocer también que está pasando con la mortalidad materna, con la mortalidad infantil que son dos grandes indicadores que le tenemos que dar seguimiento muy cercano y que define mucho la situación de salud del país. La situación de las enfermedades infecto contagiosa como el dengue, por ejemplo; y de

las enfermedades prevenibles por vacunación como el sarampión la meningococemia, en fin y ojalá que los destacados médicos salubristas amigos que nos acompañan en este panel puedan arrojar un poco de información en ese sentido.

Intervención: Nelson Rodríguez Monegro

Tema: Crisis Sanitaria: Respuesta del Sistema de Salud frente a la pandemia de Covid-19

La crisis sanitaria que ha provocado el coronavirus encuentra al Sistema de Salud Dominicano, en una verdadera crisis; es decir que se han juntado dos crisis, un sistema en crisis y la situación sanitaria producto de esta pandemia.

Con respecto al contexto de preparación del país es importante señalar que desde hace posiblemente dos décadas siempre se había estado esperando el surgimiento de un virus que provocará una enfermedad y que tuviera la condición de convertirse en pandemia; recordamos en 2003 el tema del SARS, el tema de la influenza A- H1N1 en 2009 y también otras influencias.

Como su letalidad no sobrepasaban la gripe estacional por lo que no tuvo mayores trascendencias y entonces hasta la aparición de este nuevo coronavirus, que dicho sea de paso la aparición de los casos en China data de octubre, noviembre y no es hasta finales de diciembre, inicio de enero cuando ellos hacen el reporte formal de un cuadro respiratorio severo atribuido a un nuevo germen que posteriormente ellos identifican. De modo que, desde el inicio de la epidemia en China hasta la aparición del primer caso en República Dominicana estamos hablando prácticamente de dos meses.

Hubo una declaración de emergencia internacional y posteriormente la declaración de pandemia. Yo pienso que la Organización Mundial de la Salud, tuvo algún tipo de retraso en declarar esa categoría a esta epidemia porque desde el punto de vista epidemiológico si tenía consideraciones sobre todo para declarar pandemia, por eso y en muchas ocasiones han habido muchas contradicciones con la Organización Mundial de la Salud, como consecuencia de que hoy existe lo que se llama el reglamento sanitario Internacional, que es el instrumento que deben observar la mayoría de los países y que obligan a notificar casos sobre todo de enfermedades infectocontagiosas que puedan extenderse a otros países, y como esto tiene una articulación con la Organización Mundial del Comercio porque de lo que se trata también es de no actuar de manera ligera y declarar algún tipo de restricciones a la movilidad en el mundo y que esto puede afectar el comercio.

Como se tiene pendiente o se tenía pendiente la aparición, si se estaba trabajando en todos los países en la preparación de respuestas nacionales e incluso República Dominicana, la vez de la epidemia de la A -H1N1 aquí estaba definido el Plan Estratégico y una serie de protocolos que si nosotros lo revisamos pues vamos a darnos cuenta que coinciden con las mismas acciones que en términos generales hay que hacer con respecto a este nuevo coronavirus.

De modo que, República Dominicana había dejado de lado esa preparación y de una u otra manera es todo nos agarra de sorpresa pero que además tuvo unos dos meses para poder prepararse adecuadamente. Yo pienso que de una u otra manera se comenzó a subestimar esta pandemia y sobre todo el nivel de letalidad cuando uno oía reiteradamente por parte del Ministerio de Salud y también de muchos o algunos médicos clínicos líderes aquí en República Dominicana, que subestimaban pues el tema de la letalidad y hacían comparaciones con la influenza estacional en Estados Unidos, y hablaban de que en Estados Unidos, afectaba en alrededor de 26 millones de personas al año y que morían entre 12 mil hasta 50 mil personas por año y que nadie se alteraba.

Hubo una dilación en preparar esa respuesta respuesta Nacional, esa preparación no tiene mayores complicaciones; nosotros hemos visto como el propio ministro de Salud le presenta el documento contentivo de lo que es un Plan de Respuesta Nacional. Lo que había que hacer era actualizar ese Plan Estratégico respecto la A -H1N1, hacerle un plan diferente porque se trata de una enfermedad que es nueva de la cual estamos aprendiendo muchas cosas y hoy en día todavía entonces cuando uno revisa esos planes estratégicos de manera estructural, ahí están diseñadas las cosas que hay que hacer pero como nosotros conocemos una cosa es tener plasmado un plan y otra hacer la coordinación general de eso y llevarlo a la parte operativa, Nosotros pensamos que en lo que respecta a la parte operativa pues nos hemos quedado un poco cortos, entonces lo primero que tiene ese plan es fíjense que antes de llegar aquí el primer país fuera de China que se contagió fue Tailandia, luego Estado Unidos, después Canadá, después España, después Italia, después Alemania; en fin.

Hubo un tiempo adecuado para ir monitoreando cómo iban estas epidemias en esos países y el comportamiento y lo que nosotros podíamos esperar que sucediera aquí. Entonces lo ideal es hacer una coordinación interinstitucional e intersectorial porque eso es un compromiso nacional y tiene que tener una cuota de responsabilidad absolutamente con todos los actores, algo que lamentablemente no se dio.

Incluso desde el punto de vista político había que convocar hasta los partidos políticos para presentarles dicho plan. Llegar a un consenso, si eso hubiese ocurrido pues los problemas con respecto a la extensión del periodo excepción y el tema del confinamiento a lo mejor no hubiesen tenido los conflictos que se han presentado sobre todo en las Cámaras. De modo que, se debió lograr un consenso con todos los actores sociales y de una u otra manera lo han asumido las autoridades. El éxito o fracaso es exclusivo de las autoridades por esas fallas en el inicio y entiendo que de una u otra manera tiene que ver el que esta epidemia ha coincidido con un periodo electoral.

También de una u otra manera es mi reflexión, que sea a utilizado de manera política el tema de la pandemia entonces hay un tema respecto de la educación que es la socialización de todo lo que se conoce de la enfermedad para que la población en sentido general conozca sus síntomas, y esta alerta. De modo que, de presentarse cualquiera de estas sintomatologías busque pronta mente asistencia médica. Hay todo un Plan estratégico de comunicación que permita educar y los conceptos básicos de salud al respecto de esta enfermedad.

Es decir, vamos enfrentar el problema en vez de ir doce pasos delante de la enfermedad inmediatamente. Nosotros somos una isla, aquí no existía el virus. De modo que, hay que hacer todo lo que se llama el sistema de vigilancia en los puertos de entrada. Ustedes vieron que se tomaron acciones al respecto en los aeropuertos, los pasos fronterizos y también en los puertos marítimos con un sistema de detección de temperatura. Es decir, cámaras térmicas que tienen muchas deficiencias en el sentido de que como todos ustedes conocen la enfermedad tiene un periodo de incubación y entonces cualquier persona durante ese periodo de incubación no tiene ningún tipo de síntomas. No tiene ningún tipo de fiebre y va a pasar por el aeropuerto sin ningún tipo de problema tal y como ocurrió con el primer caso importado que se dio en República Dominicana. El caso del italiano que llegó aquí si mal no recuerdo el 22 de febrero y no fue hasta el 1 del mes de marzo que se pudo diagnosticar el caso.

Entonces esa persona anduvo en las comunidades posiblemente contagiando. De modo que, lo que respecta al sistema de vigilancia epidemiológica en los puertos, pues si bien es cierto que no va a contener la entrada, pero si permite la detección temprana y que se tomen las medidas correspondientes de aislamiento en cuarentena de los contactos.

También posteriormente a ese caso entró la dominicana procedente si mal no recuerdo de Italia. Esa dominicana cometió tremendo error; primero que tenía síntomas, estaba prácticamente sin vigilancia en la casa. Entonces aquí no hay ningún tipo de vigilancia para ver si se está cumpliendo con el aislamiento y resulta que la persona hizo todo un periplo. Fue a la Altagracia, a Villa Rivas; en fin. Lo más probable es que tuvo que ver de una u otra manera con la diseminación comunitaria del virus. También conocemos otro caso; el de unos médicos que estaban en un crucero y regresaron a República Dominicana y estaban contaminados. Otro caso es el de una boda en el Este. Eso demuestra que de una u otra manera no fue tan efectiva esa vigilancia epidemiológica y llegaron los casos importados.

Cuando son casos importados prácticamente lo que se trata es de rastrear los contactos de esas personas, ponerlos en cuarentena también, hacerle la prueba. Para tener una vigilancia epidemiológica efectiva hay que tener algo fundamental; y es tener la cantidad de pruebas necesarias para poder hacer los diagnósticos, y nosotros en todo, en todo lo que respecta al tema de pronóstico y pruebas hemos sido muy deficientes. Nos apertrechamos en esos dos meses donde tú tienes que entender, que desarrollar una logística de cadena de suministro de todo lo que vas a necesitar, comenzando por las pruebas.

De modo que, todavía a cuatro meses de la pandemia nosotros no tenemos un sistema de aplicación de pruebas. Es más, el Gobierno comenzó con condonaciones de la OPS. Primero fueron 100 prueba y luego 2 mil. Hoy en día todavía el sector privado hace muchas más pruebas que el sector público. Entonces si tú no tienes la cantidad de pruebas necesarias, la prueba es la herramienta fundamental para poder tener un mecanismo de contención de la transmisión comunitaria sino tienes pruebas suficientes y sobre todo pruebas de PCR, que es lo que hace diagnóstico. Ustedes recordarán que en un momento pusieron a decir mentira al propio presidente cuando hablo de que se estaban aplicando unas 40 mil pruebas cuando sólo se habían aplicado 15 mil pruebas

y no era cierto. Cómo diríamos popularmente se “quillao” y duró mucho tiempo para volver a hablar porque lo pusieron a decir mentiras.

Una vez comienza la circulación comunitaria del virus entonces, ahí entra una de las debilidades que tiene el sistema porque usted tiene que descentralizar; usted tiene un diseño estructural y organizativo del Ministerio de Salud Pública que cuando uno lo ve, uno dice ¡bueno, pero eso es perfecto porque usted tiene las direcciones provinciales idearía! que son un concentrado del Ministerio de Salud Pública. Ahora bien, yo vivo en Moca y actualmente estoy en Moca, aquí se estaban haciendo al inicio alrededor de cinco pruebas semanales. Cuando aquí se decía que había tres fallecimientos en los reportes del Ministerio de Salud yo conocía 11 que habían muerto de sospecha por coronavirus y así ha ocurrido en muchísimas comunidades. De modo que, habido debilidad en eso porque para tu con tener la transmisión de la comunidad, tienes que tener prueba, detectar los casos, tener el contacto de los casos y ponerlos en cuarentena.

Eso se hace y lo vamos a ver ahora que existen más de 8 mil casos de pacientes en aislamiento domiciliario. ¿Cuál es el sistema que tienen para darle seguimiento a esos pacientes para que no se salgan y anden diseminando la enfermedad? Y esto ocurre con los que están en cuarentena. Es decir, ¿Cuál es el sistema de seguimiento que se le está dando a esos casos? Desde luego, se enferman los casos y desde la parte de la respuesta tiene que ver con el fortalecimiento del sistema de salud. Que haya los insumos necesarios de medicamentos, de la habilitación de las camas, tanto de Unidades de Cuidados intensivos como de aislamiento propiamente dicho. En fin, creo que en esa parte se ha hecho un trabajo. Pienso que todavía hoy en día hay una cantidad de camas, que solo está ocupando alrededor de un 55 por ciento y me dijeron que esas camas son camas virtuales que no se abren si no están los pacientes porque eso implica una adición de recursos humanos, los ventiladores adecuados.

De modo que, yo pienso que no todo es malo. Que en República Dominicana en la parte asistencial se ha hecho un trabajo adecuado. Cuando uno ve los indicadores y el número de pacientes que ha pasado por UCI y la letalidad que tenemos de apenas 2.4 muertes por la cantidad de pacientes infectados, yo creo que a los médicos dominicanos hay que felicitarlos porque se han fajado a tratar y a manejar esos pacientes. Ya Fulgencio podrá hablar más en detalle.

Evidentemente que los pacientes en las comunidades tienen sobre todo cuando hay circulación comunitaria del virus unas acciones complementarias que son las que puso también el Gobierno respecto al tema de medidas colectivas de prevención y medidas individuales. Las medidas individuales son las que tienen que ver con el distanciamiento físico, con el uso de las mascarillas y con el lavado frecuente de las manos. Desde el punto de vista colectivo está el tema del confinamiento, como consecuencia también de eso se tomaron medidas para eliminar todas aquellas actividades que conllevan aglomeraciones de personas. Se suspendieron las escuelas, los deportes, áreas laborales y de ahí es que esto no solo tiene evento sobre la salud, sino que ha generado una crisis económica, una crisis social, que esperemos nosotros que no se le adicione a esto una crisis política.

De modo que, la eficiencia y efectividad de esa respuesta está en la contención. Se ha comenzado un proceso de desescalamiento como se llama o de desmonte de las medidas de confinamiento. Y entonces nosotros hemos visto como ha pasado en otros países un incremento de los casos de la transmisión comunitaria, tanto caso simple como también un incremento de pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos. Creo que ahora mismo hay alrededor, cerca de unos 90 paciente en cuidados intensivo utilizando ventiladores.

De modo que, si se ha incrementado. Pero a mayor cantidad de muestras de pruebas hechas, a mayor cantidad de pacientes detectados la positividad se ha incrementado también, porque ha ido de alrededor del 17, 18%, creo que hoy está alrededor en términos generales de un 21%. Pero aún es un incremento manejable. Yo pienso que de una u otra manera las autoridades han fallado en la contención en las comunidades, porque el pueblo dominicano le ha perdido el miedo al virus. Hoy están hablando de un desescalamiento de fase II, pero cuando se va a las comunidades es evidentemente que aquí todo se está desenvolviendo de manera normal la población, ante la circulación masiva.

Los barrios hacen aglomeraciones, los ríos usted puede verlos con grande cantidad de personas. De modo que, de las autoridades ha faltado ejercer un control. Sobre eso vamos a ver qué ocurre, y ahora con el tema de la obligatoriedad del uso de mascarillas y el tema de la multa que yo creo que de una otra manera, volvemos a improvisar porque el Ministerio de Salud Pública no tiene un mecanismo que le permita poner multas. En fin, ese es el panorama que tenemos desde el punto de vista epidemiológico y de respuesta nacional a la pandemia. No he querido mucho entrar en la parte hospitalaria porque creo que el amigo Fulgencio Severino va a tocar ese tema. Estamos prestos a cualquier pregunta.

Intervención

Fulgencio Severino

Tema: La Situación Hospitalaria en medio de la Pandemia del Covid-19, Retos y Prioridades.

Vamos hablar de la situación Hospitalaria de la Pandemia COVID-19, Restos y Prioridades. Quiero Resaltar que Covid, no tiene tratamiento médico, por tanto, nada que hagamos los médicos y en los hospitales sirve para mucho.

Aproximadamente un 14 por ciento de los pacientes tienen que ir a los hospitales porque hacen una neumonía moderada severa; de ellos un 30% de esa cifra va a terminar en cuidados intensivos, y el 50% de los que van a cuidados intensivos terminan en un ventilador.

Quiere decir que, desde el punto de vista de la respuesta hospitalaria a esta epidemia, tal vez lo que los médicos más deseáramos es que no llegaran a los hospitales. Y las razones ustedes las conocen; no hay familiares, aislamiento total, exposición de los médicos, el nivel de los médicos contagiados, del personal de salud es extraordinario. Estamos hablando de más de 500 profesionales y técnicos contagiados. Algunos han

fallecido, porque ante la ausencia de tratamiento, esta es una enfermedad que tiene tratamiento no hospitalario.

Yo voy a estar revisando con ustedes lo que es nuestro punto de vista desde el punto de vista de la salud pública, no solamente de la salud clínica, porque como les digo, de la salud clínica hasta ahora el único medicamento que ha reducido mortalidad, no puedo hablar con detalles porque el estudio todavía no se ha publicado simplemente sería uniforme que es la Dexametasona. Y aunque hay mucho tratamiento, la mayoría no reduce mortalidad. Hasta ahora la Hidroxicloroquina que los chinos la siguen recomendado en toda su guía que siguen produciendo. Ahora los norteamericanos que, aunque usando el Rencivil pero no mostró reducción de la mortalidad. Lo están utilizando porque reduce los días de hospitalización de 15 días a 11 días. Reduce cuatro días porque el estudio que publicaron no pudo demostrar que hay reducción de mortalidad. Otros antibióticos que se están tomando en cuenta como son los virus que se utilizaban para el VIH, o que todavía se utilizan como el Retonavir que viene combinado, no se ha encontrado tampoco este impacto en la mortalidad con los pacientes y la atención que se le da para poder corregir fundamentalmente los problemas de hipoxia.

El problema de estos pacientes es que la mayoría hacen una tormenta inflamatoria severa que altera la mayoría de las células. En el corazón produce infarto, miocarditis, insuficiencia cardíaca. Estamos teniendo muchos problemas de tipo trombótico con impactos cerebrales. Es una enfermedad que cuando hace la tormenta inflamatoria nos genera daños multisistémicos. Que manejarla es casi cruzando los dedos. Le adelantó que lo único que hacemos es llevarlos a un ventilador, tratar de darle soporte y ver la respuesta del paciente. De todas maneras, el 50 por ciento muere, fundamentalmente cuando son personas envejecientes. Así que yo creo que hay que concentrarse fundamentalmente en la política no farmacológica. Voy a revisar dos estudios salidos este año. Naturalmente los dos han salido en la revista NATURE, que uno fue producido por el equipo de biólogos Ferbusa, del Colegio Imperial de Inglaterra de Londres y otro producido por una revista de China.

Voy a revisar brevemente y luego voy a aterrizar algo aquí de la situación hospitalaria ¿Si estamos en crisis o no estamos en crisis? Yo creo que los minutos que ustedes me han dado real y efectivamente me sean de utilidad. Lo primero que han hecho los epidemiólogos y los investigadores; debo demostrar si las intervenciones no farmacológicas pueden ser útiles.

Y como ustedes ven, en esta línea de arriba esa intervención; y en la línea de abajo con las intervenciones. Bueno, aislamiento de los casos identificados, capacidad de camas hospitalarias que tengamos. Aislamiento de los casos identificados y cuarentena del hogar. Eso quiere decir que hay que hacer muchas pruebas para identificar los casos porque si usted no los identifica después la gente va a estar contagiando.

Uno de los principales problemas que tenemos en el país es que se hacen muy pocas pruebas para la epidemia. El cierre de las escuelas, colegios y universidades. Eso está muy cuestionado por qué si los niños y los jóvenes están en las calles es igual que si estuvieran en la escuela y van a contagiar casi siempre a los abuelos que ahora van a

estar más tiempo con los niños. Ustedes saben que la severidad está muy vinculada con el tema de los envejecientes. Y naturalmente aislamiento de casos, cuarentena en el hogar de todos los contagios.

Uno de los principales problemas que hemos tenido aquí en la República Dominicana, es que ninguna de esas medidas a excepción de las más pobres en términos de resultados que es el cierre de escuelas y colegios porque se cierran las escuelas de colegios, pero todos los muchachos andan en las calles, es decir que estamos en lo mismo.

Entonces eso cuestiona su nivel de impacto y lo vamos a ver en algún momento. Eso es el conjunto de medidas como un equipo de Londres consideraba que impactaban cuando recomendaba el cierre de escuelas, aislamiento de los casos cuando se hacía cuarentena de todos los contactos, y aislamiento de los casos cuando se le agregaba el aislamiento de la persona de más de 70 años. Entonces se tenía cuando eran toda una disminución de la demanda de camas hasta de un 70 por ciento y además en la mortalidad hasta en un 30 por ciento.

- ¿Qué es lo que se busca en esto? O sea, que no hay tratamiento para la enfermedad. Hasta que no aparezca vacuna entonces lo ideal es que la epidemia tenga un comportamiento lento, y un seguimiento que no genere una crisis hospitalaria porque si aumenta la mortalidad en la medida que el hospital entonces no tendrá capacidad de respuesta. Para que tengan una idea. En el pico de la epidemia la demanda de cama sin hacer nada en Inglaterra serían de 130 mil y haciendo todas las medias seríamos de 920 camas.

Es decir que el nivel de disminución es significativo cuando uno evalúa estos resultados. No quiero entrar en detalles porque los minutos que me han dado no hay tanta posibilidad de uno poder.

Este es un segundo estudio en el que se evalúan todas las medidas que se han hecho en algunos países, que son China, Francia, Irán, Italia, Estados Unidos y Corea del Sur. Este estudio también fue publicado en la revista Nature ahí están por si quieren acceso a él puedan hacerlo. y como ustedes pueden ver el crecimiento día por día de la epidemia en cada uno de estos países sería de 36 casos; un 36% en China, un 42% en la ciudad de Wuhan, un 36% en Corea, un 45% en Italia, 68% en Irán, 38% en Francia, y 33% en Estados Unidos si no se hiciera nada. Si se hiciera algo de manera individual va a depender mucho de cuantas semanas tendríamos de hacer.

En una semana haciendo algo, no tendríamos nada. Y esto es muy importante porque ustedes han oído al Ministerio permanentemente decir que extender las medidas por siete días, eso se ha demostrado que una medida de siete días no impacta de una manera significativa en la reducción de los contagios. Ahora, cuando se combinan todas aquí es donde ustedes como ven en la semana, haciendo todo no sirve para nada, pero cuando usted le agrega una semana, dos semanas, tres semanas, cuatro semanas, en la semana número 13 tiene un nivel de impacto significativo. Aquí usted tiene unos niveles: en la primera semana reduce 2.45 y en la segunda 18.14, y sigue aumentando según el número de semanas que usted le agregó a las medidas no sanitarias.

Entonces esto tiene un impacto económico muy grande. Mientras más prolongada la epidemia peor le va a ir a la economía. Por eso cuando salió el primer informe del Fondo Monetario y de la Cepal, aquí yo mismo dije eso es un disparate. Porque la epidemia de aquí se está manejando no para que dure o tres meses, si no seis años. Si lo quieren ver en números pues esto es el mismo estudio del que le estoy haciendo referencia. Esto es en China ya de manera individual.

En la medida que China empezó a tomar acciones y no las voy a detallar, sólo voy a presentar una gráfica de manera que vean. Aquí está el pico de la epidemia cuando celebraban en lo que sería para ellos su Noche Buena. El 23 de enero empiezan a tomar su inicio, pero cuando ellos cierran entonces disminuyen aquí 37 millones posibles de casos. Pero ellos persiguieron la enfermedad casa por casa para ver donde quiera que hubiera un ser humano que pudiera estar infectado y eso hizo que China pudiera abrir la economía mucho más temprano en términos y es la única economía del mundo que va a tener crecimiento. Entonces, Corea del Sur cuando decidió tomar medidas miren como empezó a caerse rápidamente la curva de contagio. Aquí sería sin tomar medidas y finalmente 12 millones de personas se evitaron que se contagiaran en Corea del Sur, con la medida drástica de confinamiento que tomaron. Esto es en el caso de Irán, como ven lo mismo, cuatro, casi 5 millones de personas fue el número estimado de disminución de casos contagiados a consecuencia de las medidas no farmacológicas.

En Francia, 280 mil personas y en Estados Unidos 4 millones 800 mil personas es el número de personas que dejaron de contagiarse por las medidas que tomaron. Entonces si se da cuenta, aquellos países que tomaron medidas más rápidas tuvieron un número menor que los que han manejado esta política no farmacológica de manera real como sucedió en Estados Unidos con un personaje como Donald Trump.

Lo que pasa en República Dominicana, que ustedes conocen la curva, yo creo que en ese sentido es limitada, creo que le dio mucho tiempo al gobierno y le sigue dando ya que se está duplicando en este momento cada 30 días. Mire en España, todos los estudios. Una curva que se complica después de 10 días es una curva manejable desde el punto de vista de camas hospitalarias, ¿Dónde está el problema Ahora? Que con la reapertura de la economía sin tomar en cuenta ninguna de las recomendaciones, el CDC de Atlanta había establecido número uno; bueno, no perdón, dominicana cumplía con una. Las medidas fundamentales eran: Que tuviéramos 14 días de un proceso.

Que el tiempo de espera para hacerte una prueba y tener resultados de todo el que tuviera síntomas fuera de cuatro días, nosotros aquí hemos pasado de tiempo que la gente se cura esperando los resultados y en ocasiones esperando que le hagan la prueba.

-Como tercera medida muy importante es que tuviéramos disponibilidad camas en más de un 30% y ustedes han escuchado al propio ministerio decir que tiene más del 50% de camas. Entonces todo esto es una alarma, en el fondo infundada y yo les voy a dar algunos datos alrededor de eso.

Las medidas que establecen la capacidad que tenga el país de perseguir los contactos y aquí no la hemos tenido, por eso diríamos que no había condiciones mínimas para reabrir la economía. Ustedes ven aquí los activos, la curva se fue haciendo vieja y fue cayendo porque el número de casos diagnosticados por el número de pruebas y por la

lentitud en los contagios. hay que saber que la epidemia aquí ha tenido un comportamiento lento que ha sido en América Central pero ya se está calentando en este momento, no voy hablar de la letalidad porque ustedes ya han hablado.

Esta es la realidad del sistema hospitalario: no sé si me quedan unos minutos para lo que ustedes me han pedido. De los ciudadanos 7.7 tienen seguro, 4 millones tiene seguro contributivo y pueden ir a la Red privada. Veremos en un rato cuál es la diferencia y entonces. 2.7 son subsidiados y tienen que ir a hospitales públicos, un Plan Básico totalmente distorsionado.

Al régimen contributivo se le dan más cosas violando la Ley porque al régimen subsidiado no se le garantiza ningún medicamento de las enfermedades crónicas, ni de factores de riesgo ¿Por qué? Porque aquí se le permitió al gobierno que de manera irresponsable pagara 220 pesos por cada afiliado al régimen subsidiado y mil 767 pesos del régimen contributivo y eso ha creado en República Dominicana dos regímenes violando la ley que establecía que el Plan Básico era uniforme ¿qué pasa con todo esto? Bueno, que mientras esto crece el per cápita permanentemente como ustedes ven aquí, hasta el día de hoy mil 167 es el per capita mientras que el régimen subsidiado paga 220.

Entonces tenemos dos ciudadanos; dos ciudadanos que valen diferente porque hay una tendencia a la privatización de la Salud. A este se le presiona para que busque dinero para que pague sus servicios de salud y a este que es el que está más cómodo, el que tiene más posibilidades, entonces se le da más. Lo que pasa es que el gasto en salud de la República Dominicana es una miseria, tanto en per cápita como en el porcentaje. Menos del 6% del PIB se gasta. ¡Claro! eso es al 2018 según el Banco Mundial. Entonces cuando ustedes miran cuanto se gasta público y cuánto gasta la agente de los bolsillos; del público gastan más o menos 50 % y el privado también gasta más o menos el 50 %. ¿Ahora dónde se gasta la mayor cantidad de dinero? Les voy a poner un ejemplo: aquí se gastan 40 millones de pesos en medicamentos y la Seguridad Social cubre solo 7 millones de pesos. 33 millones se gastan de los bolsillos de la gente. Otro elemento muy importante en el gasto de bolsillo es la diferencia porque se le suben permanentemente.

A los médicos se le paga la misma tarifa de cuando discutimos esto en el 2007, le han aumentado en estos años 200 pesos hoy a un médico le pagan 500 pesos los médicos han ido compensando con el apoyo de las autoridades con el problema de beneficios de las ARS, aumentando entonces el copago, hoy el copago anda, el que menos está cobrando es 600 pesos y hasta 2 mil pesos de diferencia por una consulta.

Algo que quieran saber rápidamente; tenemos 13 mil 239 camas de las cuales sólo 3 mil son privadas como ustedes pueden ver. Es decir, tenemos muchas camas, pero son públicas y pocas camas privadas y ¿qué pasa? Que la cama pública se sostiene con la mitad del dinero de la cama privada. Mientras al Servicio Nacional de Salud le dan 46 millones de pesos con los 10 millones del régimen subsidiado, la Seguridad Social cobra más de 52 millones de pesos para atender a 3 millones de personas, ya a casi cuatro. Es decir, mientras 4 millones de personas se atienden con más de 50 millones

de pesos, 7 millones de personas que son el subsidiado y las personas sin seguro se atiende con 46 millones de pesos.

¿En qué se gasta el dinero? Se gasta estrictamente en salarios para que los médicos tengan dos horas trabajo y mayoría se van porque el sector privado le resulta más rentable. Porque hay más dinero. Hay gente que ha renunciado al sector público para irse al sector privado. Por qué el sector público no se quiere fortalecer. Entonces esa es la situación que ustedes conocen. 1.6 médicos por cada mil habitantes. Enfermeras y médicos son más o menos igual 1.6 ,1.5.

Yo pienso que este es el único país en donde hay más médicos por enfermeras. Se supone que debe haber al menos 1.5 enfermera por cada médico y la cantidad de médicos que necesitaremos bajo algún modelo de ocho horas de trabajo son dos médicos mínimos por cada mil habitantes. Estaríamos hablando de casi 22 mil médicos trabajando. La inversión está ahí, pero sabemos que nunca hemos pasado de unos 15 mil médicos. Ósea, es un sistema altamente deficitario. Aparte que calculen que lo comparamos con otros países que trabajan cuando nosotros aquí tenemos cuatro o dos horas, tres horas mediodía, un día de trabajo.

Entonces el sistema público funciona con una deficiencia extraordinaria, sin calidad, no hay investigación, no hay recursos para sustituir nada que se dañe. ¡Uno está ahí porque uno no sabe qué hacer! Para que tengan idea; yo puedo hablar de mí mismo, yo tengo que hacer Congresos para poder comprar equipos y tener la cardiología del Hospital Gautier funcionando. Porque si no, el doctor Monegro que está ahí sabe el tiempo que duramos para conseguir un equipo de cateterismo para poder atender a los pacientes. Y nosotros tuvimos que hacer un esfuerzo y llegar a un acuerdo para que el hospital pusiera 3 millones y nosotros 3 millones porque no había forma. Todos los equipos lo compramos nosotros y todo lo que se gasta en el departamento; hasta las Unidades de Cuidados Intensivos la tenemos que reparar porque aquí desde el punto de vista logístico la salud pública no existe. Desde el punto de vista asistencial no me refiero, de la otra que existen menos como hemos podido ver entonces.

Un poco para que tengan una idea la producción nacional, se la comparo aquí mientras el sector público recibe por lo menos 6 millones de consultas contra 1.7 millones de consulta en el sector privado con 4 millones de gente. Entonces, tenemos un sistema que facilita intervenciones a un grupo menor de la población y a otro que le niega todo y eso se expresa en Covid, ¿Por qué se puede decir que el Distrito que tiene 2 mil 731 camas y tenemos 400 personas infectadas en el Gran Santo Domingo, por qué hay déficit de camas? Porque el gobierno decidió reducir rápidamente de 3 mil camas que había anunciado 2 mil 983 camas. ¡Las bajo señores a mil 500 y creó una crisis ficticia! Es decir ¿Cómo es posible que la epidemia tiene un comportamiento de duplicación lento que se está duplicando cada dos meses y el gobierno no puede decir que va a terminar de reconstruir el Luis Eduardo Aybar? Terminar el Padre Billini, que va a terminar el Hospital de Villa Mella para ponerlo a disposición. ¿Por qué no pueden agarrar pabellones en el Moscoso Puello y del Gautier para ponerlo a disposición de la gente? - ¿Por qué no llega a acuerdos con clínicas privadas que tienen 860 camas en crisis?

Las clínicas privadas están en crisis porque es el único sector y Nelson que tiene vínculos no sé si la habrá vendido pero que tenía vínculo en Moca, Es el único sector ¡señores! que no le han reconocido en la Fase 1 y fase 2. Que le prohibieron dar consultas de tarde, y que no se le reconoció ningún tipo de incentivo. Y el Gobierno habla disque de aplaudir los médicos y mando todos los centros de salud privados a quebrarse en la República Dominicana mientras beneficiaba a las ARS. Ósea hoy estas camas esta la mayoría disponibles ¿Usted sabe por qué? Porque hay una reducción en la demanda normal de más de un 40 por ciento en consultas y en hospitalizaciones por múltiples causas.

Sobre la cardiopatía se ha reducido de forma significativa la asistencia a los centros de salud y no vamos a discutir las razones. Entonces, a mí me parece, yo creo que este es un sector que se fue a la privatización, lo único que le interesa al gobierno es que el sector de la ARS se gane 18 por ciento de todo lo que se dedica a la salud del régimen contributivo. Entonteces señores, un sistema así no puede para la mayoría de la población. No sé si me pase, pero quise hacer una revisión un poco rápida, acorde con el tema que me pidieron que preparara. Les pido excusa cualquier error porque la verdad es que yo hoy fue que me di cuenta que ustedes querían que yo hablara de Covid. Pensé que era otra conferencia, que era hablar de lo que la Dra. Marisela hablaba del sistema. ¡Espero haberle dado información que sea de utilidad para ustedes!

Intervención Rebeca Goetz

Voy a leer las preguntas que nos tienen las personas. La primera pregunta es directamente para el señor Nelson Rodríguez Monegro.

- ¿Cuáles son las prioridades que debe establecer el Ministerio de Salud Pública para poder detener la Pandemia?

- ¿Existe subregistro de casos?

¿Qué tan útil podrían ser las herramientas tecnológicas que está sacando el gobierno para enfrentar la pandemia? Por ejemplo: que ha sacado unas aplicaciones Web que supuestamente te conecta a 200 doctores y un centro de ciberseguridad e inteligencia, una serie de factores.

- ¿Si el sistema materno infantil es vital y prioritario, por qué se tomó la Maternidad de Los Mina como un hospital exclusivo para el Covid-19?

¿Estamos preparados para entrar en una próxima fase?

¿Dada la situación desastrosa que vemos actualmente, cómo podríamos cambiar el curso actual para salir de la situación?

¿Cómo se podrían monitorear efectivamente en nuestro país los caso que llevan aislamiento domiciliario dadas las condiciones actúale?

¿Sería ya muy tarde para integrar la Atención Primaria como estrategia de control de la pandemia?

Segunda intervención

Nelson Rodríguez Monegro

¡Bueno! la prioridad del Ministerio de Salud Pública, es hacer efectivo lo que no está haciendo porque están diseñadas las cosas que hay que hacer. Pienso que ahí está el tema de tener la capacidad de ampliar la toma de muestra. Aquí deben de estar haciendo alrededor de unas 10 mil pruebas diarias. De modo que, se puedan detectar los casos positivos a tiempo y además producir el aislamiento y la cuarentena de los contagios. Sin esa parte no hay posibilidades de controlar transmisión del contagio y en la comunidad eso es fundamental. Además de extremar digamos política de educación de la gente y seguir el control de la aglutinación.

Subregistro ¡claro que hay un subregistro! Yo diría que por cada caso detectado hay 10 casos adicionales. Es decir que es mucho más subregistro desde el punto de vista de contagio y subregistro desde el punto de vistas de los fallecimientos. De modo que, en muchísimos hospitales y clínicas se han muerto personas con todas las sintomatologías, con neumonía, pero no entran a las estadísticas por qué no tienen la prueba hecha. De modo que, si hay un gran su registro. incluso yo creo que debe haber una redefinición de casos para que puedan entrar en las estadísticas otros que tienen toda la sintomatología.

La aplicación tecnológica, aunque yo no la conozco mucho en los países desarrollados evidentemente que sirve. Por ejemplo, en Corea del Sur utilizaban una aplicación digital que permite ir a darle seguimiento a todos los pacientes que estaban en confinamiento, en cuarentena. Es decir, que todo depende de la capacidad para la aplicación y el personal que la va a utilizar. No puedo ampliarte mucho, finalmente no conozco en qué consisten las aplicaciones, pero si las he oído mencionar.

El tema del uso del Hospital de Los Mina, la verdad que yo no me lo explico cómo utilizarlo cuando apenas en la capital hay dos grandes hospitales materno infantil: La Altagracia y Los Mina. Y que se haya tomado un hospital como el de Los Mina para convertirlo en un hospital Covid, cuando existen una serie de hospitales periféricos. Pero por si tienen una idea. Es decir, el Hospital de Los Girasoles, el Hospital de Hacienda Estrella, el Hospital del Guerra. Hay 11 hospitales que tienen alrededor de unas 15 o 20 camas que pueden perfectamente convertirse en hospitales para esos fines, pero además vale como decía, por ejemplo: usted tiene ahí hospitales listos para inaugurar como en el Hospital Luis Eduardo Aybar. Tanto un hospital clínico quirúrgico como el materno están prácticamente listo por lo que funcionan perfectamente.

¿Si estamos listo o no para la próxima fase? ¡Bueno! Es que es tal el comportamiento de la sociedad, por ejemplo: ahora mismos yo no justifico el tema del toque de queda

¿O es que el virus nada más circula de noche? En el día, el pueblo, la sociedad hace de todo. ¿Entonces cuál es el objetivo de tener un toque de queda? La verdad es que no me lo explicó sino sea con un objetivo puramente político electoral.

Con respecto a la parte anterior, yo estoy muy de acuerdo con lo que dice Fulgencio de que aquí no hemos llegado a una situación extrema. Todavía hay espacios para atender los pacientes. De modo que, esta alarma producto de un incremento importante de las pruebas, aumento de la prueba, ¡aumento de los casos positivos es evidente! Aunque la positividad ha aumentado ligeramente, pero es manejable. Yo pienso que evidentemente se quiere provocar una alta abstención porque se entiende que eso le puede beneficiar.

¿Es posible integrar la atención primaria en la estrategia para enfrentar el Covid?

Pero desde luego. Una de las debilidades que tiene el sistema es que hoy en día no existe en la República Dominicana, la Atención Primaria. Nosotros tenemos Unidades de Atención Primaria para lo mismo que hace un médico en un consultorio. Es decir, que si tuviéramos un primer nivel de atención dentro de la estrategia de Atención Primaria pues esas serían las unidades encargada de darle seguimiento a todos los pacientes en aislamiento domiciliario, al que está en cuarentena, detectar brotes. En fin. Yo creo que la ausencia de la estrategia de atención primaria con un primer nivel de capacidad resolutiva sobre todo en el ámbito de la promoción de la salud y la prevención es algo que agrava la capacidad de respuesta del República Dominicana.

Los expositores responden las mismas preguntas desde su punto de vista.

Segunda intervención Marisela Duval

La verdad es que ya el Dr., Monegro ha sintetizado muy bien la mayoría de las observaciones y de las preguntas. Yo quiero volver a insistir en lo último: como la ausencia de la aplicación de la Atención Primaria nos revela en este momento las dificultades de las limitaciones del país. La ausencia de ese conocimiento humano, el contacto con la población. de visitas domiciliarias alertando y señalando todo eso que nos explican los médicos. De los riesgos de lo que significa esta nueva realidad de vivir con el Covid, las amenazas de los grupos de riesgo. Todo ese cuadro hospitalario que describió muy bien el Dr. Fulgencio. Entonces esa es la gran indicación, coincidir esta pandemia con un periodo político, con un proceso político también produce un condicionante muy importante que ya lo han destacado y donde están muchas de las acciones del gobierno sesgada por esa situación. De todos modos, nosotros tenemos que insistir en la educación, la concientización a la población y seguir luchando por esa estrategia de atención primaria en salud.

La ausencia tan grande y la falta que nos ha hecho en este momento contar con una Red de Promotores en contacto, el nivel de establecimiento dentro del sistema, pero que se movilice a visitar casa por casa a la población, ese contacto directo, esa información que requiere la población porque sabemos que ha sido de gran deficiencia. Y ahí viene la gran responsabilidad de ADESA, el reto tan grande que nos remite esta pandemia en

el caso nuestro, es tratar de impulsar un poco y de retomar esa atención primaria de salud a nivel comunitario. Un poco comenzar nosotros. Y yo hace mucho que le estoy diciendo a ADESA, que en algún momento tenemos que comenzar por lo menos con nuestra membresía, y llevarle la información oportuna, darle ese contacto director permanente con la población sobre lo que esto significa, porque la verdad que ha venido a cambiar y altera toda la vida de nuestras comunidades.

Otras preguntas:

-Entonces para el doctor Severino las mismas preguntas, pero en adición tengo un par de preguntas más.

-Considerando todas las carencias del sientan de salud ¿Cuál es la situación de las Unidades de Atención Primaria sobre todo en la zona rural?

- ¿Considera necesario retomar el aislamiento social?

¿Considera que los equipos de protección personal que se están dando ahora mismo al personal de salud son suficientes?

Segunda Intervención Fulgencio Severino

Lo que yo les voy a insistir a ustedes como dirigentes sociales la buena práctica y el manejo de esta epidemia lo que señala son cinco políticas fundamentales:

Política número uno: el aislamiento de todos los contagiados y obligatoriamente hay que contar con una política de unión óptima. Hay que establecer una meta y los CDC han establecido que la meta máxima es de cuatro días que se pueden presentar los síntomas para hacer el diagnóstico porque nadie sabe cuántas pruebas hay que hacer. Pero si se sabe que ningún puede durar más de cuatro días sin hacérsela. Vienen los días de síntomas que aproximadamente son cuatro a cinco días de síntomas sino se empeoran, que contagian también. Ya van seis o siete días y tiene unos cinco días clínica que sigue contagiando.

Entonces por eso se necesitan obligatoriamente que haya una política de detección de las personas que están asintomáticas ya que esos son los que más contagian y si usted no tiene síntomas no es un problema para la salud pública, usted es un problema porque contagia a otros, pero desde el punto de vista del hospital usted no es un problema porque usted no va a ir al hospital. Es decir, que el asintomático solamente importa porque puede contagiar a otros que son las personas que si tienen posibilidad tener daños más severos.

En esa dirección entonces es el principal punto que hay que aplicar pruebas para todo el territorio nacional. ¿Dónde está el problema? Que aquí producto de la política de privatización quienes están haciendo las pruebas son los laboratorios privados. Y los laboratorios privados no tiene la capacidad suficiente para atender a todo el mundo. ¿Por qué no prepararon los 32 hospitales de las provincias fundamentales para que se

hicieran pruebas? porque aquí hay una tendencia hacia la privatización, aquí no hay un solo hospital que haga pruebas, aquí el único que hace prueba es el Laboratorio Nacional. Más nadie a nivel público. Como elemento número uno yo requeriría los hospitales que hay atención a pacientes para Covid.

Segundo aspecto muy importante en el manejo de esta epidemia es el confinamiento de todos los pacientes en contacto con los infectados, o sea, la cuarentena. Es fundamental que el gobierno entonces diagnostique y persiga con las Unidades de Atención Primaria a los pacientes que han estado en contacto con los infectados, pero aquí no se hace nada de eso, aquí una persona muere o lo interna, no aparece nadie que vaya a su casa a ver con quien tuvo contacto; eso lo decide la familia por cuenta propia y la mayoría de las veces hay contagiados en la familia que siguen contagiando a otros.

Ahí es donde debería estar el mayor papel de las Unidades de Atención Primaria. ¿Dónde está el problema? que la atención primaria es fundamentalmente rural en la República Dominicana y a nivel rural vemos que hay una incidencia mucho menor. Entonces habría que crear una estrategia a nivel urbano que es donde está real y efectivamente la epidemia, donde están las grandes concentraciones. No quiere decir que no va a llegar porque ya usted va a Brasil y ya está en las Amazonas. Aquí va a llegar, pero todavía se sigue concentrando fundamentalmente en la zona urbana.

Tercer elemento es; que hay que proteger a los envejecientes porque esos son cuando se contagian los que terminan en Cuidados Intensivos y terminan mal. Entonces hay que buscar una medida de que los ancianos se queden en sus casas obligatoriamente. La gente también tiene que utilizar mascarillas, ¡pero mascarilla! y no lo que ha dicho el Ministerio de Salud Pública que es cualquier trapo. Entonces el gobierno debería regalar las mascarillas, el gobierno debería comprar 20 millones de mascarillas para regalarlas en todas las plazas, porque aquí usted ve la gente, andar subiéndose la mascarilla y si no se la colocan a la mitad de la nariz o de la boca. Es decir, aquí no habido una política de información adecuada.

Entonces, a mí me parece que el sistema tiene que ser integral para dar respuesta a todo esto, pero lo que está claro es que las medidas hospitalarias no son las más importantes.

Entonces desde el punto de vista de un país que no toma esas medidas sabe que una gran cantidad de pacientes se va a infectar. Hoy estamos hablando de que, en junio, julio, agosto, septiembre o en algún momento vamos a tener una crisis. ¿Entonces para que sirve el momento en el que estamos? para comprar ventiladores. Porque de toda manera la mayoría de los hospitales están siendo subutilizados porque no se están usando de la manera real, y efectivamente tenemos una disminución en la actividad hospitalaria de manera significativa. Entonces debe haber cama para el que está demandando la cama y no guardando la cama para el que no la va a usar, y entonces al que la demanda le decimos que no hay.

Otro elemento muy importante. ¿Se va a cerrar el país? mire yo tuviera capacidad yo dijera que sí, que hay que cerrarlo. Todos los países están volviendo a cuarentena. ¿Por qué? Porque hay que evitar por todos los medios que el número de casos supere la capacidad de respuesta hospitalaria, que genera un nivel de estrés alarmante. Traten

ustedes de que no se le muere un paciente con Covid porque usted ni lo veo enfermo ni él lo ve a ustedes. Se muere y no puede ir nadie al entierro. Una de las cosas peores desde el punto de vista cultural de un ciudadano porque esa es la realidad que estamos viviendo. Es decir, usted no ve al médico porque anda con un traje como si parece un bombero, no parece un médico entonces.

Entonces desde esa perspectiva a mí me parece que la población tiene que entender que hay que presionar al Gobierno. Deben ponerse de acuerdo en lo que más conviene porque es verdad que la economía es importante, pero si usted no tiene la gente funcionando de manera adecuada porque se enfermó, porque está asustado, por la razón que sea, usted va a tener una economía prolongadamente en crisis.

Los chinos como dije al principio, son el mejor ejemplo: en cuatro semanas lograron controlar la epidemia y por eso han sido los más exitosos en el mundo en el manejo con menos muertes, con menos infectados a pesar de la gran población. Abrieron la economía en pocos días, ya tenían carácter que eran importantes. Entonces República Dominicana no estaba en condiciones de abril, pero la política no la decidimos ninguno de los que estamos aquí. La decide el que está gobernado. Los poderes económicos decidieron que había que abrir. ¿Qué hay que hacer ahora? Educar para que la gente use mascarillas y que las facilite el Gobierno porque hay mucha gente pobre que no puede comprarla. Concientizar a la gente del distanciamiento, empezando por todos nosotros que sabemos que en la mayoría de las veces hay que mantener el distanciamiento, y, por ejemplo: yo vivo con mi madre, tiene 89 años, pero ella y yo nos paramos a hablar, pero nos paramos a 2 metros de distancia porque yo estoy todos los días en el campo de batalla. Voy dos días a la clínica. Yo no puedo alegar que yo no tengo posibilidades de contagiarme. Los médicos estamos permanentemente con contacto con pacientes infectados y uno no sabe el día que le toque y el día que se vaya.

Hagan conciencia que lo importante es evitar que los pacientes lleguen a los hospitales. Que no lleguen a cuidados intensivos porque la mayoría va a morir no importa lo que hagamos, no importa que le damos esteroides, le damos Hidroxicloroquina, le damos el Ritonavir el que sea, pero la mayoría de los pacientes que llegan a Cuidados Intensivos con edad avanzada va a morir. Entonces hay que hablar para lo que es evitar que lleguen a los hospitales, no puede ser y con esto concluyo; que el gobierno le entregue el dinero en fase uno, fase dos a los empresarios y entonces la gente está obligada a ir a las empresas porque eso no es factible, porque como quiera el préstamo lo vamos a pagar los ciudadanos. Ellos se benefician porque le están dando el subsidio. Para fase uno, le da 8 mil pesos y entonces utilizan a los trabajadores porque ahora en fase dos es que todo el que está trabajando reciben los 5000 pesos, pero no se lo dan al trabajador para que vaya en taxi. Tiene que montarse en la guagua pública, en el metro, le dan el subsidio a la empresa entonces. A mí me parece que la principal discusión que hay que hacer en República Dominicana, tomando en cuenta la evidencia que se les fue presentado es que hay que presionar a la sociedad dominicana.

El plan de tratar a los enfermos es lo peor que puede ocurrir en una enfermedad como la de ahora que todavía no tenemos vacuna y aunque hay informaciones de la vacuna va a aparecer a finales de año o comienzo de año como yo no creo. Todas las vacunas la veo en fase uno y algunas están en fase dos. Fase uno quiere decir que se están

experimentando en pacientes sanos para ver el comportamiento metabólico de la vacuna. Fase dos que se está utilizando en pocos pacientes para ver si ellos estando en contacto con enfermos se contagian con uno y fase tres entonces cuando uno revísalo más de 100 proyecto incluyendo los más avanzados de los cuales los tiene tienen cuatro; todos están en fase dos,

¡Ojalá llegue la vacuna este año! Pero hagámonos de cuenta que no va a llegar si no ahora el año que viene o que no va a llegar porque como todos saben el día de hoy no hay inmunidad. Hasta ahora los sintomático tienen el 50% importante hasta tres meses y los asintomáticos hasta 42%. La mayoría de la población ya a los tres meses no tiene anticuerpos suficientes para protegerse. ¿Se va a infectar? no lo sabemos. todos los casos que hablaron de reinfección eran falsos porque el virus a un muerto daba positivo, entonces estaba creyendo que era positivos.

No se imaginan ustedes la enfermedad, qué tal hay que verla todos los días y uno a veces termina loco. Son más de 3 mil artículos que en los últimos cuatro meses la cabeza a uno no le da para discutir todos los problemas porque está afectando a todo el mundo. Podemos dar cuenta que todo lo que digamos hoy, mañana se lo vamos a decir desde el punto de vista científico no hay seguridad. Ahora lo que sí le puedo señalar es que se ha demostrado que impacta positivamente son las medidas no farmacológicas.

Despedida y agradecimientos – Enmanuel Guerra

Muchas gracias al Dr. Nelson Monegro a la Dra. Marisela Duval y a Fulgencio Severiano. También a Alba, Adalberto, Receba y a Stalin encargado de la parte técnica.

A ustedes si tienen alguna aclaración o pregunta pueden dejarla en nuestros Facebook y gracias por mantenerse conectados:

Muchísimas gracias a este equipo que hizo posible todo esto. sin más, darle las gracias y desearles buena noche y nos vemos en otro tema de Alianza por el Derecho a la Salud ¡Muchas gracias a todos!

Propuestas establecidas diferenciando las que son de corto, mediano y largo plazo. Aquí se colocan las preguntas guías.

Corto Plazo

1. Aumentar la aplicación de las pruebas para detectar el coronavirus y agilizar el seguimiento a los pacientes diagnosticados con el virus. Mejorar la educación y las políticas de prevención para evitar que continúe la propagación.

2. Proporcionar a la población instrumentos de prevención de forma gratuita como es el caso de las mascarillas. Persiga con las Unidades de Atención Primaria a los pacientes que han estado en contacto con infectados. Aumentar el personal de atención (médicos y enfermeras) que dan atención a pacientes con covid-19.
3. Para mejorar la situación del sistema hospitalario como tal se propone a corto plazo que el personal de atención; médicos y enfermeras cumplan con los horarios de atención y cuenten con los recursos, equipos y materiales necesarios en cada consulta.
4. Qué los equipos y medicamentos de atención nunca falten o estén defectuosos en un proceso de abastecimiento de insumos en los establecimientos médicos. Que los insumos necesarios como vacunas, medicamentos de emergencia siempre existan y estén oportunamente.
5. Que el registro y el manejo de expedientes de historias clínicas existan y estén organizados para que rápidamente sea localizada la historia clínica de cada paciente.

A largo plazo

1. Concentrar una política no solo farmacológica para la medicación de los pacientes con Covid-19.
2. Readecuarlos los hospitales del primer y segundo nivel de atención para pacientes positivos al covid-19.
3. Fortalecer el modelo de atención primaria para seguimiento a los casos de manera las cercana

Conclusiones del encuentro:

Se concluye que el país dio una respuesta dilatada a la pandemia una vez se registró en el territorio nacional, donde el sistema de salud se encontraba en una situación de deterioro agravado por el nuevo virus. En el panel también se determinó la vitalidad de que el Estado aumente la aplicación de las pruebas de diagnóstico y se cumpla con el estricto seguimiento al mapa de contacto de los contagiados con covid-19. También se estableció que el seguimiento a pacientes en aislamiento debe ser fundamental para poder enfrentar los efectos de la pandemia de manera oportuna. Además, se plantea la importancia de que el Gobierno diagnostique y persiga con las Unidades de Atención Primaria a los pacientes que han estado en contacto con infectados. Concentrar una política no solo farmacológica para la medicación de los pacientes con Covid-19. Del aumento del número de los fallecidos y contagiados se concluye que el país aún no estaba en condiciones de abrirse para reactivar la economía. Igual se urge la necesidad de conocer qué está pasando con la mortalidad y morbilidad de otros padecimientos de salud en medio de la pandemia.