



PROPUESTA DE ACCIÓN CONTRA EL COVID-19

Foro Ciudadano

Santo Domingo. Septiembre 2020



PROPUESTA DE ACCIÓN CONTRA EL COVID-19

RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento expresa las propuestas de las organizaciones que conforman el Foro Ciudadano preocupadas por el curso que ha tomado la situación respecto al COVID-19 que, a pesar de los esfuerzos, es evidente que no parece concluir. Expone la situación de la epidemia en el país, un modelo causal sobre la de la situación descrita y una propuesta para enfrentar y controlar la situación de la epidemia tomando como base el análisis de la causalidad.

La situación de la epidemia de COVID-19 en República Dominicana

Es irrefutable que el control de la epidemia de COVID-19 no se ha logrado. Que los esfuerzos para ello han fracasado. Esto se evidencia en la percepción de la población, sobre todo entre quienes viven en nuestros barrios cuando a diario conocen cada vez más de algún familiar o conocido que ha pasado al listado de personas que han sido diagnosticado con la enfermedad o que ha tenido que ser internado en un centro de salud.

Esto se constata con datos objetivos del curso de la epidemia. La interpretación que da la población a la situación se reafirma con la información que transmiten las fuentes oficiales de la máxima autoridad sanitaria que es el Ministerio de Salud Pública. Nuestros cálculos así lo evidencian. El número de casos, muestra una tendencia al descenso para luego retomar un comportamiento similar a las semanas previas a la sobreexposición durante el período electoral. La tasa de incidencia acumulada aumenta en ese período casi un 400 % (RR = 3.78) entre inicios de junio y finales de julio. Luego disminuye, pasando de una tasa de en la semana del 27 de julio al 2 de agosto era de 47.28 casos por mil habitantes a una tasa de 24.66 en la semana del 14 al 20 de septiembre, cifra casi dos veces mayor que a principio del período bajo estudio (RR = 1.96). La tasa de mortalidad por COVID-19 por semana, para el mismo periodo, muestran por igual una tendencia a incrementarse hasta la semana del 27 de julio al 2 de agosto para luego decrecer por unas tres semanas y, finalmente, mostrar los valores más elevados del período.

Además, las sociedades especializadas en salud mental han alertado sobre el incremento de casos de alteración de la salud mental provocados por el temor y la sensación de ansiedad que genera el riesgo de padecer de la enfermedad y la situación de enfermo diagnosticado, respectivamente, así como por la incertidumbre económica que se ha incrementado. Por igual, se hacen denuncias respecto a la interrupción de terapéuticas a pacientes con cáncer, la falta de seguimiento a personas con padecimientos crónicos (diabetes, hipertensión, principalmente), el no cumplimiento de las atenciones programadas para el seguimiento a la embarazada y al niño sano, incluyendo el tema del esquema básico de inmunizaciones. También, la posposición de cirugías electivas, de consultas y de la realización de pruebas diagnósticas (imágenes y laboratorio) por el temor a la exposición y el riesgo de contraer COVID-19. suspensión provocada tanto por las personas a atenderse como por el personal de salud, los cuales, al 28 de julio, un total de 260 trabajadores de la salud habían presentado la enfermedad y más de 20 de ellos han fallecido.

Otro elemento, no menos importante ha sido la profundización de la discriminación. Al rechazo por etnia, condición física o cognitiva, por relaciones de pareja, por condición económica o social, se suma lo del padecer de COVID-19 o vivir en lugares donde se presentan muchos casos de esta enfermedad. Ya se veía en los noticieros, la queja de una persona luego que le diagnosticaran COVID-19 un día para al otro día decirle que estaba negativo, dado que ninguna persona del barrio podría conseguir empleo luego de este hecho, o la exigencia de la prueba negativa para dar empleo. La desigualdad y la inequidad crecen, la discriminación también.

Es evidente que el control de la epidemia no se ha logrado y no se vislumbra que pueda lograrse a corto y mediano plazo. En el siguiente apartado, expondremos las razones de ello.

¿Por qué no se ha podido controlar la epidemia de COVID-19?

El problema del COVID-19 es complejo. La causalidad en relación con el tema del descontrol de la situación del COVID-19 es por igual complejo. No es posible señalar un elemento como causa del problema. Tampoco todos los procesos involucrados tienen el mismo peso específico. Identificamos tres dimensiones causales: una causalidad estructural, una causalidad operativa donde se señalan las limitaciones en el saber y la práctica ante la epidemia y una causalidad referida a la respuesta y la participación de la población ante el problema.

- La causalidad estructural del problema

En el año 1984, el país, de manera oficial, asume la política neoliberal como la política general de país. En la década de los 90, se profundiza la implementación de estas políticas cuyo caso más visible fue la venta de las empresas del Estado. En los primeros años del nuevo siglo, esta política arrojó al sector salud a partir de la definición de un nuevo marco legal, evidentemente de corte neoliberal.

A partir de ello, la desigualdad social aumentó considerablemente. Y se ha demostrado que el manejo de situaciones como la epidemia del COVID-19 es muy compleja y difícil en el contexto de la desigualdad social. Orientaciones como la de “Quédate en casa” son imposibles de cumplir para quienes no disponen de una vivienda adecuada o necesitan salir de sus hogares cada día a buscar el sustento de la familia, que son más de la mitad de la fuerza de trabajo.

De ahí se sustentan las decisiones de atrasar el impedimento a la entrada de turistas, el adelantar la apertura de vuelos y hoteles a pesar de que los problemas de la desescalada que obligó a detener los planes de apertura, e incluso abrir gimnasios, cines y demás en momentos en que el COVID-19 arrecia y cobra más víctimas. Mitigar o evitar la crisis del mercado (de la economía dijeron) fue la excusa dada. Primero el mercado y luego la población.

Desde hace unos años, es evidente la intención de reducir la capacidad de intervención del sector público. Por esto, el gasto público en salud se ha mantenido bajo, apenas el 1.69 del PIB (2019), mientras que el gasto de bolsillo (lo que pagan las familias por los servicios de salud) resulta mayor que lo invertido por el gobierno (2.7 del PIB; ADESA). Además, desde hace unos años, el sistema de seguridad social se ha limitado a proveer un plan de servicios de salud compuesto por un catálogo de prestaciones con serias limitaciones y barreras de acceso. Pero, más que un plan, es un fondo para pagar atenciones, lo que ha reforzado la visión curativa del sistema de salud y se han descuidado las funciones de la salud pública. El caso del Laboratorio Nacional, evidenciado en la epidemia, es el mejor ejemplo de ello.

- La causalidad en el sistema de salud

El sistema de salud actual se ha mantenido centrado en reparar la salud antes que promoverla o protegerla, el sistema de salud enfatiza el enfoque clínico curativo, mientras más especializado mejor. La salud se consigue en los hospitales. Al mismo tiempo, la necesidad de contar con una autoridad sanitaria técnicamente fuerte no es una prioridad, por lo que, a lo largo del tiempo, se ha reproducido un modelo de salud pública propio de los años 70, de baja calidad y limitada participación. Se incluye lo relativo a desprestigiar la estrategia de atención primaria en salud (APS) o considerarla solo como un primer nivel, puesta de entrada al sistema de atención en salud o, más bien, como barrera para acceder a los servicios especializados, denominada APS selectiva, muy criticada por la OMS/OPS que plantea la articulación de redes de servicios de salud (no de establecimientos jerárquicamente ordenados) siguiendo la estrategia de APS renovada.

Esto se refleja en la gestión de la epidemia. El enfoque que ha predominado en el gobierno anterior ha sido el de la medicina clínica. Y claro, lo anterior ha decidido cuales intervenciones se desarrollan. Al igual que la práctica clínica, el combate al COVID-19 se ha centrado a atender los casos en centros especializados. Pero, lamentablemente, la situación no es clínica individual sino colectiva. Tratando casos no se controla una epidemia. La solución hay que buscarla en la comunidad, no en la persona. Sin embargo, la prioridad del Ministerio de Salud ha sido la de dotar de más camas para internamiento, más unidades de UCI y más respiradores. La búsqueda activa de casos y de sus contactos ha estado ausente totalmente.

Donde mejor se demuestra la principalía del enfoque clínico sobre el enfoque de la salud pública, es en lo relativo al sistema de información. Resulta muy difícil seguir el comportamiento de una epidemia de esta forma. ¿Cómo adelantarnos a lo que sucede si estamos con un atraso tan importante?

Actualmente se ha evidenciado algún grado de mejora, fundamentalmente incorporando a nuevos actores, tanto institucionales como sociales, y se han desarrollado esfuerzos para la detección precoz de posibles casos de COVID-19 mediante operativos en determinados territorios. También se ha intentado mejorar la data de los casos y defunciones. Pero, se persiste en no identificar y aislar a los contactos, lo que permite el mantenimiento de la difusión del virus, sobre todo por el enfoque de operativo con que se interviene.

- La causalidad en las personas

Pese a ser la dimensión de más limitado impacto, resulta ser la favorita a la hora de señalar culpables del descontrol de la epidemia. Para el gobierno central, la razón de suspender la fase 3 de la reactivación económica se basó en que la gente la perdió el miedo a la enfermedad y descuidó las medidas de distanciamiento social y el uso de las mascarillas. La respuesta ha sido la de limitar o suprimir la movilidad social, imponer la aplicación de medidas físicas de prevención y multar o apresar a quienes no cumplan con esas medidas, desde un enfoque coercitivo para quienes no siguen sus mandatos. Pero la fiebre no está en la sábana.

La desigualdad social construye una sociedad fragmentada donde el único momento de contacto son los periodos electorales. Son dos o más países dentro del mismo país. Con sus propios valores, saberes y prácticas, no conocida y mucho menos comprendida por las élites que son responsables del ejercicio de gobierno. Se afirma que la población actúa de forma inconsciente e irresponsable. Lo que acontece es que tiene otra conciencia y otro sentido de las responsabilidades sociales.

Es evidente que una intervención unidimensional tiene un alto riesgo de que nuestros logros se queden cortos, sobre todo si nos enfocamos en la dimensión individual. Si se asume que el comportamiento de la población es el principal o único elemento causal y, en consecuencia, se despliega todo un plan para cambiar esto. Imaginemos que resulta efectivo, pero al no ser el único ni el principal elemento causal, el riesgo de que el problema continúe es alto. La poca credibilidad de los organismos oficiales se perdería y sería difícil recuperarla.

Propuesta para enfrentar la epidemia de COVID-19

No puede haber una solución sin impactar las causas. No hay una sola causa, tampoco todos los eventos que se consideran causas operan en un mismo nivel. Se trata de una causalidad multidimensional. Para poder impactar en el problema, no se debe intervenir en una sola dimensión. Es un combate en múltiples flancos, pero con equipos y plazos diferentes. Con la salvedad de que el plan a corto plazo y el de largo plazo, inician el mismo día.

En tal sentido, hacemos las siguientes propuestas:

1. La medida más urgente es la siguiente: se debe asumir un enfoque de salud pública, de epidemiología para gestionar el control de la epidemia, dejando a la práctica clínica el tema de la atención a los casos. El cambiar el enfoque clínico por el de salud pública y actuar en consecuencia, nos daría una importante oportunidad de empezar a resolver la situación provocada por el COVID-19.
2. De acuerdo con buscar los casos en lugar de esperar que lleguen a los servicios, pero se debe complementar con mapear sus contactos y lograr su aislamiento para reducir la propagación del virus. Se espera que se logre el control de la epidemia de COVID-19, de manera tal que se logre superar la condición de contagio comunitario a pasar a un comportamiento de brotes limitados en espacios geográficos poblacionales, como paso previo a su erradicación.
3. Al mismo tiempo, se deben iniciar las acciones para intervenir en la dimensión general del problema. Comisiones diversas deben diseñar el cambio del sistema de salud que sea necesario e iniciar su desarrollo.

Cada paso que demos en este campo facilita la gestión de la epidemia y nos hace menos vulnerables a próximas situaciones similares. Para ello, planteamos la conformación de una comisión de trabajo que analice hasta dónde es posible desplazar el enfoque de marcado

en el sistema de salud y hagan una propuesta en ese sentido. Otra comisión de trabajo construya una propuesta sobre cambiar la forma en que se organiza y funciona el sistema de salud, además de agregarle valores como la equidad y la inclusión social, así como otra relativa a desarrollar redes de servicios y la APS renovada.

4. Priorizar la salud de la población antes que la salud del mercado implica cambiar el marco legal y agregar otros elementos. No se espera que la presencia del mercado desaparezca, pero sí que este tenga que armonizar con la salud y no al revés. Una comisión de trabajo que combine el nivel técnico con la participación social debe dedicarse a preparar una propuesta de ello.
5. El tema de las desigualdades sociales se aborda a través de la definición y desarrollo de políticas públicas y sociales. El liderazgo del gobierno es fundamental. Implica superar la práctica clientelista por una práctica de derechos. Corresponde al gobierno central, y a sus instituciones gubernamentales, el definir estas políticas y gestionarlas.
6. Mantener el principio de que primero el mercado y luego la población, solo provocará mayores dificultades para el control de la epidemia. Hay que invertir la prioridad. También debe protegerse la economía, pero sin enfrentarla a la salud de la población. El Gobierno debe desarrollar iniciativas para ello.
7. Como no es posible solucionar a corto plazo el tema de la desigualdad social, planteamos que es necesario desarrollar las intervenciones para el control del COVID-19 con un enfoque de equidad, tomando en cuenta las diferencias en exposición, vulnerabilidad y consecuencias entre las poblaciones. Los avances en este tema facilitan las intervenciones y sirven como elemento protector ante futuras situaciones similares.
8. Para lo relativo a superar las barreras de comunicación con la población y hacerlas participes de las soluciones al problema, proponemos que el diálogo entre las partes se haga a través de pares, es decir, delegar la comunicación en las organizaciones de la comunidad.
9. De manera inmediata, se debe desarrollar un plan para fortalecer las capacidades y servicios del sector público en salud: vigilancia epidemiológica, diagnósticos, terapéuticos, de comunicación, de ejercicio de la función de rectoría. La presencia privada hace más difícil de gestionar las respuestas ante la epidemia y generan inequidades en el acceso a los servicios.

INTRODUCCIÓN

El presente documento expone la propuesta de acción que las organizaciones que forman parte del Foro Ciudadano, preocupadas por el curso que ha tomado la situación respecto al COVID-19 que, parece perpetuarse con características epidémicas en el país.

Se desarrolla en tres momentos. El primero relativo a la situación de la epidemia en el país sobre la base del análisis de los datos oficiales, específicamente de los boletines epidemiológicos del Ministerio de Salud y de la OPS. El segundo, aborda la causalidad o determinación social de la situación descrita incluyendo un análisis del porqué del comportamiento de la población ante las medidas aconsejadas para reducir la magnitud del problema. Por último, en el tercer momento, presentamos la propuesta para enfrentar y controlar la situación de la epidemia tomando como base el análisis de la causalidad bajo la modalidad de una propuesta programática de organización intersectorial y de funcionamiento desconcentrado y con participación social.

El ánimo de las organizaciones del Foro Ciudadano se inscribe en la decisión de participación que ha expresado el actual gobierno para el combate al COVID-19 y en el convencimiento de que la salud se construye en el diario vivir y, por tanto, resulta imprescindible la participación activa y decisiva de la comunidad para lograrlo.

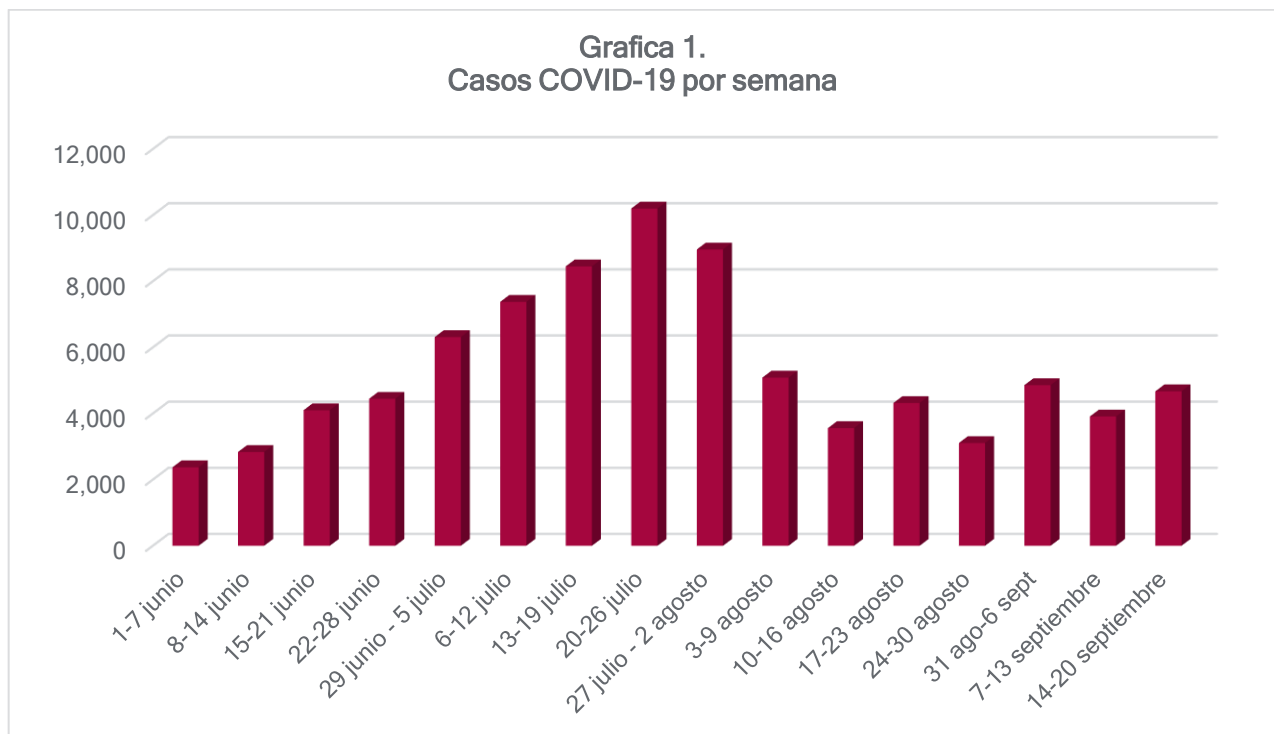
LA SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DE COVID-19 EN EL PAÍS

Es irrefutable que el control de la epidemia de COVID-19 no se ha logrado. Que los esfuerzos para ello han fracasado estrepitosamente. Por el contrario, aunque parece que la frecuencia disminuye, realmente la situación no mejora. Esto se evidencia entre quienes viven en nuestros barrios cuando a diario conocen cada vez mas de algún familiar o conocido que ha pasado al listado de personas que han sido diagnosticado con la enfermedad o que ha tenido que ser internado en un centro de salud. Por esa práctica vivida por la población, su subjetividad se expresa en la sensación de que la amenaza de enfermar y morir por COVID-19 está presente en el día a día. El sentimiento de alarma y de ansiedad crece exponencialmente cada día entre la población.

En las últimas semanas, la presión de los casos de COVID-19 parece haber disminuido. El número de casos reportados disminuye desde finales de julio, aunque no de una manera regular.

En todo caso, parecería que regresa a los valores de incidencia de finales de junio y, en todo caso, se evidencia que se detiene la tendencia a decrecer, manteniendo valores alrededor de los cuatro mil casos por semana.

Esto se constata con datos objetivos del curso de la epidemia. La interpretación que da la población a la situación se reafirma con la información que transmiten las fuentes oficiales de la máxima autoridad sanitaria que es el Ministerio de Salud Pública. Nuestros cálculos así lo evidencian. El número de casos, agrupados por semana, desde el 1 de junio al 2 de agosto del presente año, muestra una tendencia hacia el ascenso en cada semana. A partir de la semana del 27 de julio al 2 de agosto el comportamiento de la incidencia es diferente. Desde la semana del 3 al 9 de agosto en adelante, se observa oscilaciones en la frecuencia de los casos como si la pandemia avanzara a su libre albedrío.



Fuente: Propia calculado a partir de los datos del Ministerio de Salud Pública y CLACSO.

La tasa de incidencia acumulada es un indicador que mide la velocidad con que una población cambia de una condición a otra tomando como que todos los expuestos presentaron un mismo tiempo bajo riesgo. En este caso mide la velocidad en que la población pasa de sano a enfermo de COVID-19.

Confirma lo expresado de que la situación, a partir de la semana del 1-7 de julio, se agravó y parecía que estaba fuera de control. La tasa en la semana del 27 de julio al 2 de agosto era de 47.28 casos por mil habitantes por semana. El Riesgo Relativo (RR) al final y al principio del periodo analizado (razón de tasas) es 3.78, lo que implica que la tasa para finales de julio y

principio de agosto, es casi cuatro veces mayor que la ocurrida en la primera semana de junio. En otras palabras, la población pasa de sano a enfermo a una velocidad aproximadamente cuatro veces mayor a finales de julio en comparación con el inicio de junio.

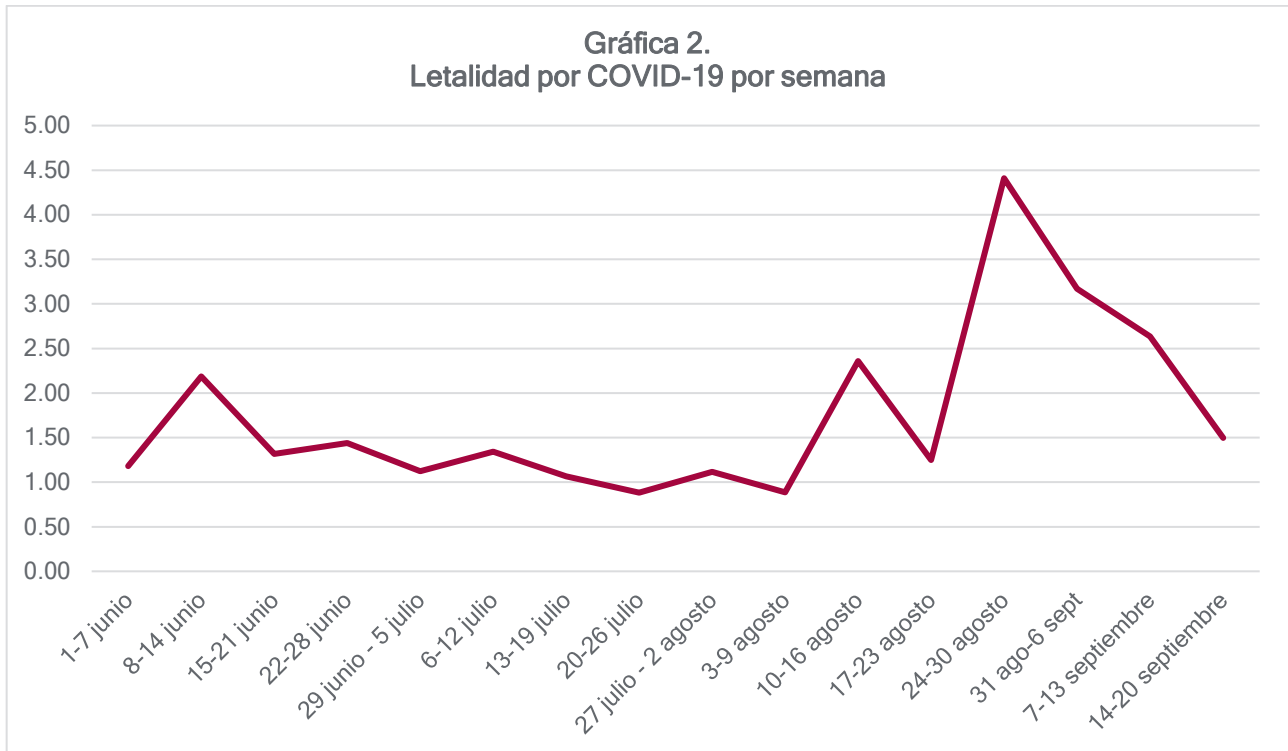
Ahora bien, en la semana del 14 al 20 de septiembre, la tasa de incidencia acumulada fue de 24.66 casos por mil habitantes por semana. El RR entre la tasa de esta semana y la de finales de julio y principio de agosto, fue de 0.52, es decir, la velocidad con que se enferma la población decreció. Sin embargo, cuando valoramos el RR entre las semanas extremas del período estudiado, nos encontramos que, en relación con la primera semana, la última es 1.96 veces mayor.

No hay duda de que se ha sobrepasado un período de alta incidencia y se ha retomado una frecuencia similar a las semanas previas al incremento de los casos, incluso, con un riesgo mayor de enfermarse la población.

Claro que, este comportamiento de los casos a lo largo de las semanas tiene un importante sesgo. Lo que se grafica es la frecuencia de los reportes, no la fecha en que se inicia la enfermedad. Se plantea que el retraso pudiera ser entre dos y tres semanas, tal vez más, por lo que lo que vemos en una semana, bien pudiera ser lo que sucedió unas semanas antes.

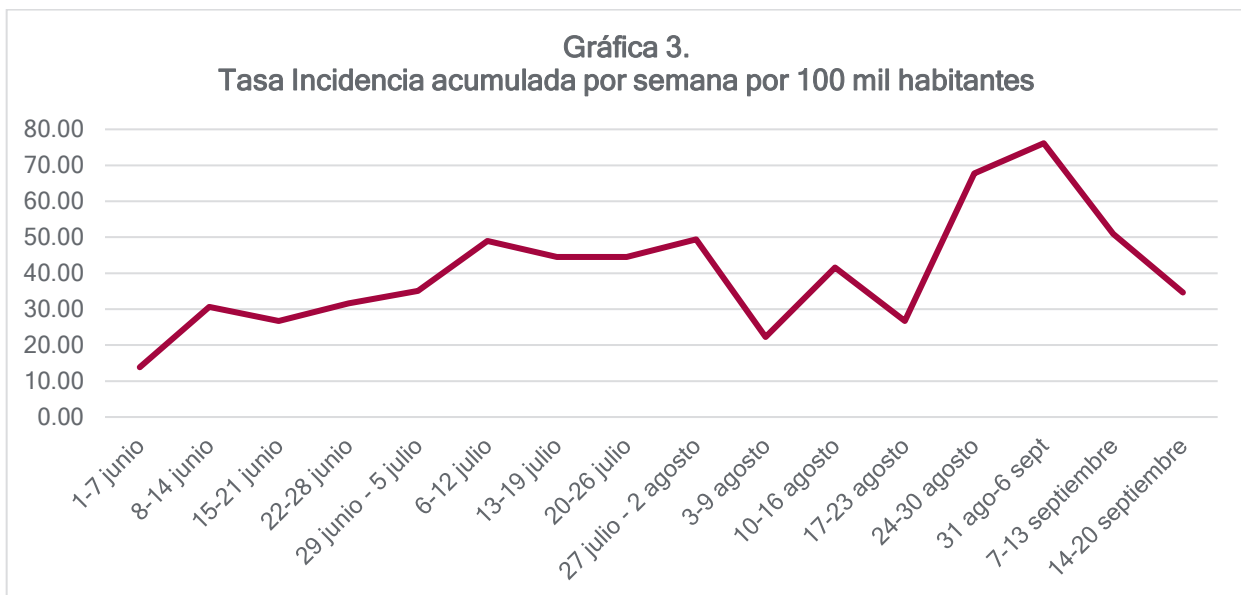
De todas maneras, a pesar de las debilidades de los reportes, es posible concluir que la enfermedad no ha cedido. Se mantiene, aunque no con la magnitud mostrada sobre todo durante el mes de julio. Si imaginamos que se trata de un comportamiento anterior al del reporte, es posible encontrar como factor explicativo la sobreexposición que provocaron las actividades proselitistas relacionadas con las elecciones de principios de julio. Entonces, terminada esa condición, regresamos al comportamiento inicial, pero con un aumento de los casos en relación a los inicios.

La letalidad del COVID-19 (defunciones entre el número de casos en un mismo periodo) varía bastante en las semanas analizadas sin que se evidencie explicación alguna dado que, por un lado no conocemos de los esquemas terapéuticos que se aplican en los casos de COVID-19, si a todos por igual o hay diferencias importantes, mientras que, por otro lado, no se tiene información sobre la oportunidad del inicio de la terapéutica que podría señalarnos algunas limitaciones en el acceso que pudieran explicar la variación observada que, al parecer, tiende a decrecer. Para otros, el conocimiento y la experiencia en el manejo de los casos explica la reducción en la letalidad. A lo que se suma el desfase del sistema de información en cuanto la ocurrencia de la defunción y la fecha de reporte.



Fuente: Propia, calculada a partir de los datos del Ministerio de Salud Pública.

Sin embargo, la tasa de incidencia acumulada de muertes por COVID-19 muestra una tendencia diferente a lo largo del tiempo. Muestra una tendencia a incrementarse hasta la semana del 27 de julio al 2 de agosto. Para luego decrecer por unas tres semanas y, finalmente, mostrar los valores más elevados del período, a sabiendas que, por la dinámica del sistema de información, a los días siguientes se espera que se registren nuevos casos de defunciones en estas últimas semanas, haciendo que la incidencia acumulada se incremente.



Fuente: Propia, calculada a partir de los datos del Ministerio de Salud Pública.

La tasa de mortalidad al final del periodo que se analiza es 2.5 veces mayor que la tasa para la primera semana del periodo. No cabe duda que la situación de la pandemia no está controlada. Continuamos con un número importante de casos, menor que en el período de sobreexposición, pero mayor que en las semanas iniciales. Igual acontece con la mortalidad.

Un elemento más del estado de situación provocado por el COVID-19. Además de la frecuencia de casos y las defunciones por esta enfermedad, las sociedades especializadas en salud mental han alertado sobre el incremento de casos de alteración de la salud mental provocados por el temor y la sensación de ansiedad que genera el riesgo de padecer de la enfermedad y la situación de enfermo diagnosticado, respectivamente, así como por la incertidumbre económica que se ha incrementado. Por igual, se hacen denuncias respecto a la interrupción de terapéuticas a pacientes con cáncer, la falta de seguimiento a personas con padecimientos crónicos (diabetes, hipertensión, principalmente), el no cumplimiento de las atenciones programadas para el seguimiento a la embarazada y al niño sano, incluyendo el tema del esquema básico de inmunizaciones. También, la posposición de cirugías electivas, de consultas y de la realización de pruebas diagnósticas (imágenes y laboratorio) por el temor a la exposición y el riesgo de contraer COVID-19. suspensión provocada tanto por las personas a atenderse como por el personal de salud, los cuales, al 28 de julio, un total de 260 trabajadores de la salud habían presentado la enfermedad y más de 20 de ellos han fallecido.

Otro elemento, no menos importante, ha sido la profundización de la discriminación. Al rechazo por etnia, condición física o cognitiva, por relaciones de pareja, por condición económica o social, se suma lo del padecer de COVID-19 o vivir en lugares donde se presentan muchos casos de esta enfermedad. Ya se veía en los noticieros, la queja de una persona luego que le diagnosticaran COVID-19 un día para al otro día decirle que estaba negativo, dado que ninguna persona del barrio podría conseguir empleo luego de este hecho, o la exigencia de la prueba negativa para dar empleo. La desigualdad y la inequidad crecen, la discriminación también.

Es evidente que el control de la epidemia no se ha logrado y no se vislumbra que pueda lograrse a corto y mediano plazo. En el siguiente apartado, expondremos las razones de ello.

POR QUÉ NO SE HA PODIDO CONTROLAR LA EPIDEMIA DE COVID-19

El problema del COVID-19 es complejo. La causalidad en relación con el tema del descontrol de la situación del COVID-19 es por igual complejo. No es posible señalar un elemento como causa del problema. Tampoco todos los procesos involucrados tienen el mismo peso específico. En nuestros análisis, identificamos tres dimensiones causales: una causalidad estructural decidida por algunos elementos de la sociedad (dimensión general), una causalidad operativa donde se señalan las limitaciones en el saber y la práctica ante la epidemia (dimensión particular), y una causalidad referida a la respuesta y la participación de la población ante el problema (dimensión individual). Cada una de estas dimensiones la desarrollamos a continuación.

- La dimensión general o causalidad estructural del problema

En el año 1984, el país, de manera oficial, asume la política neoliberal como la política general de país. En la década de los 90, se profundiza la implementación de estas políticas cuyo caso más visible fue la venta de las empresas del Estado. En los primeros años del nuevo siglo, esta política arrojó al sector salud a partir de la definición de un nuevo marco legal, evidentemente de corte neoliberal.

Se propuso y fue avalado por las principales organizaciones políticas, las llamadas mayoritarias, que la lógica del mercado fuera la guía del país. Pronto quedo evidenciado lo que el mercado provoca. La desigualdad social aumentó considerablemente. Y se ha demostrado que el manejo de situaciones como la epidemia del COVID-19 es muy compleja y difícil en el contexto de la desigualdad social. Orientaciones como la de “Quédate en casa” son imposibles de cumplir para quienes no disponen de una vivienda adecuada o necesitan salir de sus hogares cada día a buscar el sustento de la familia, que son más de la mitad de la fuerza de trabajo.

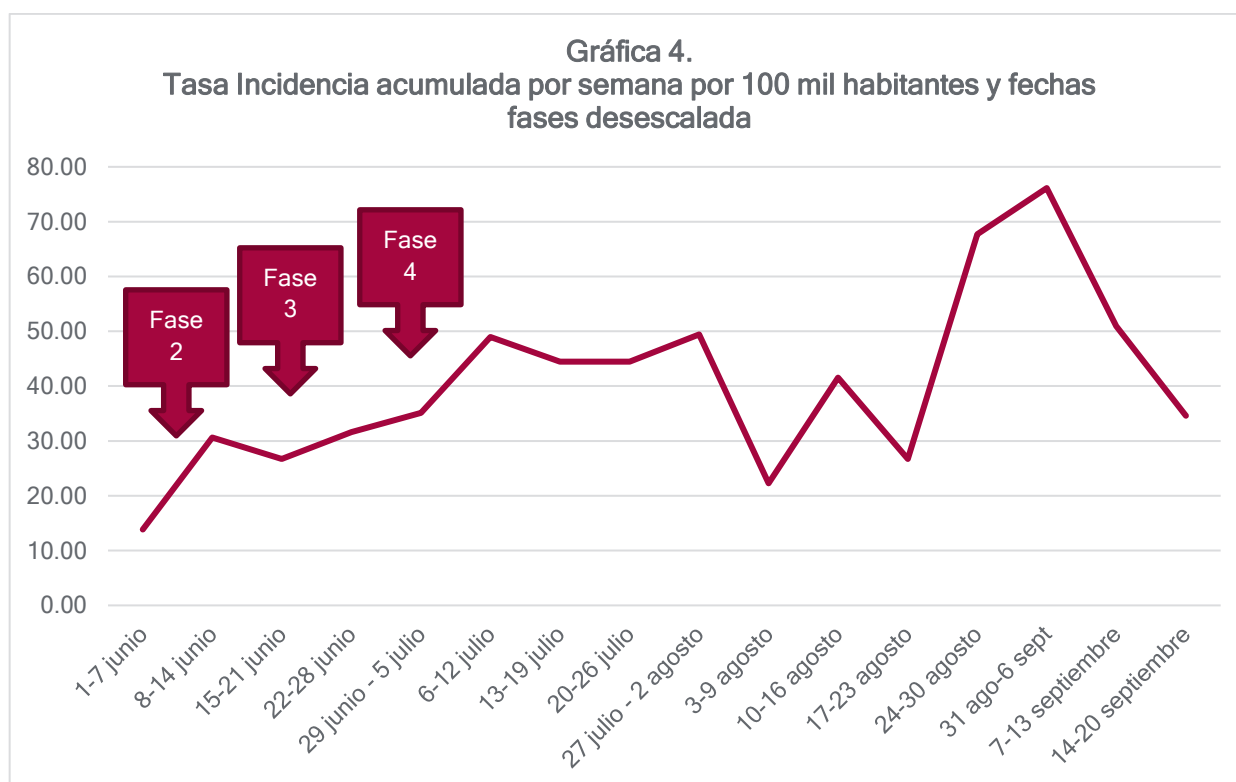
El priorizar el mercado antes que a la población es una consecuencia obligada de las políticas neoliberales. De ahí se sustentan las decisiones de atrasar el impedimento a la entrada de turistas, el adelantar la apertura de vuelos y hoteles a pesar de que los problemas de la desescalada que obligo a detener los planes de apertura, e incluso abrir gimnasios, cines y demás en momentos en que el COVID-19 arrecia y cobra más víctimas. Mitigar o evitar la crisis del mercado (de la economía dijeron) fue la excusa dada. Primero el mercado y luego la población.

Para ello se estableció un cronograma de reactivación económica en cuatro fases que se detuvo en la fase dos cuando no se pasó a la fase 3. El incremento de los casos y las defunciones, las hospitalizaciones y otros

indicadores, fueron argumentos para tomar esa decisión, pero, respondiendo a los intereses económicos, el turismo mantuvo su apertura para el 1 de julio, sin variación a pesar de que se incluía en la fase 4 de la desescalada. Primero el mercado y luego la población.

Es evidente que la no entrada de la fase 3 se justificaba. Pero, continuar el calendario de aperturas de empresas como el turismo, no procedía por la misma razón que no procedía la fase 3. El ceder a la presión del sector empresarial tiene su cuota en el incremento de los contagios por COVID-19. Un transportista, hoy senador, planteaba su oposición a el distanciamiento físico dentro de las unidades de transporte (50 % del cupo), argumentaba que no se lograban beneficios. Primero el mercado y luego la población.

Es lógico plantear que la desescalada, aunque oficialmente detenida, se llevó a cabo de manera extraoficial. Su impacto puede evidenciarse en la gráfica siguiente: la frecuencia del COVID-19 no se detiene. La fase 4 estaba prevista iniciarla muy cerca de las elecciones. Tal vez para presentarla como un trofeo proselitista. Al fallar el plan, no se volvió a hablar de las fases, pero la apertura económica no se detuvo. Primero el mercado y luego la población.



Fuente: Propia, calculada a partir de los datos del Ministerio de Salud Pública y la Presidencia.

Un último elemento a tomar en cuenta de la dimensión general es lo provocado por las políticas neoliberales al sistema de salud. El propósito ha sido reducir el sector público y, a la vez, incrementar la participación privada. Por esto, el

gasto público en salud se ha mantenido bajo, apenas el 1.69 del PIB (2019), mientras que el gasto de bolsillo (lo que pagan las familias por los servicios de salud) resulta mayor que lo invertido por el gobierno (2.7 del PIB; ADESA). Además, desde hace unos años, el sistema de seguridad social se ha limitado a proveer un plan de servicios de salud compuesto por un catálogo de prestaciones con serias limitaciones y barreras de acceso. Pero, más que un plan, es un fondo para pagar atenciones, lo que ha reforzado la visión curativa del sistema de salud y se han descuidado las funciones de la salud pública porque ahí, por las externalidades que se presentan, el mercado tiene dificultades para desarrollarse. El caso del Laboratorio Nacional, evidenciado en la epidemia, es el mejor ejemplo de ello. Primero el mercado y luego la población. Aspecto que ha podido constatar el gobierno actúa, el que ha tratado de superar las limitaciones de insumos y de personal, aún deficientes, mientras se plantea ampliar la oferta tanto pública como privada.

Como puede observarse, los componentes de esta dimensión determinan el marco de actuación de actuación de los actores públicos para el caso del COVID-19 y, claro está, forman parte de los procesos causales que explican la falta de control sobre la epidemia y, a la vez, condicionan a las demás dimensiones delimitando el sentido de las actuaciones del sistema de salud. Exponemos tres recomendaciones para responder ante los componentes de esta dimensión:

1. Como no es posible solucionar el tema de la desigualdad social a corto plazo, proponemos que se definan y se apliquen políticas sociales orientadas a enfrentar la desigualdad social. Al mismo tiempo, y de forma inmediata, es necesario desarrollar las intervenciones para el control del COVID-19 con un enfoque de equidad, tomando en cuenta las diferencias en exposición, vulnerabilidad y consecuencias entre las poblaciones. Los avances en este tema facilitan las intervenciones y sirven como elemento protector ante futuras situaciones similares.
2. Mantener el principio de que primero el mercado y luego la población, solo provocará mayores dificultades para el control de la epidemia. Hay que invertir la prioridad. También debe protegerse la economía, pero sin enfrentarla a la salud de la población. El Gobierno debe desarrollar iniciativas para ello. Por ejemplo, en el caso del transportista que mencionamos antes, se puede subvencionar el combustible o cubrir el costo de los asientos vacíos.
3. De manera inmediata, se debe desarrollar un plan para fortalecer las capacidades y servicios del sector público en salud: vigilancia epidemiológica, diagnósticos, terapéuticos, de comunicación, de ejercicio de la función de rectoría. La presencia privada hace más difícil

de gestionar las respuestas ante la epidemia y generan inequidades en el acceso a los servicios. Algunos puntos muestran avances, se requiere más y un accionar planificado al respecto.

- La dimensión particular o la causalidad en el sistema de salud

Acá se exponen el enfoque y las acciones tomadas por el sistema de salud y su valoración en cuanto a su responsabilidad como elemento causal del no control de la epidemia. Siguiendo las directrices del mercado, donde el negocio para los proveedores de servicios de atención en salud recae en reparar la salud antes que promoverla o protegerla, el sistema de salud enfatiza el enfoque clínico curativo, mientras más especializado mejor.

La salud se consigue en los hospitales (entendidos como entes individuales) a través del personal de medicina fundamentalmente y empleando más medicinas. Al mismo tiempo, dado que quien conduce al sistema de salud ha de ser el mercado, la necesidad de contar con una autoridad sanitaria técnicamente fuerte no es una prioridad, por lo que, a lo largo del tiempo, se ha reproducido un modelo de salud pública propio de los años 70, de baja calidad y limitada participación. Se incluye lo relativo a despreciar la estrategia de atención primaria en salud (APS) o considerarla solo como un primer nivel, puesta de entrada al sistema de atención en salud o, más bien, como barrera para acceder a los servicios especializados, denominada APS selectiva, muy criticada por la OMS/OPS que plantea la articulación de redes de servicios de salud (no de establecimientos jerárquicamente ordenados) siguiendo la estrategia de APS renovada.

Esto se refleja en la gestión de la epidemia. El enfoque que predominó en la gestión anterior fue el de la medicina clínica. Iniciando con la composición de la comisión encargada de los trabajos contra el COVID-19, donde predominan los especialistas clínicos super-especializados, la subordinación del rector del sistema de salud a esa comisión y presidida por un actor del sector privado experto en atenciones de emergencias. Todo siguiendo al pie de la letra las partituras dictadas por las estrategias de apuntalar el mercado como mecanismo de dirección de la sociedad.

Y claro, lo anterior ha decidido cuales intervenciones desarrollaron. Al igual que la práctica clínica, el combate al COVID-19 se centró en atender los casos en centros especializados. La lógica seguida era la siguiente: la persona se presenta por libre demanda al centro de salud, sobre todo porque presenta manifestaciones que pudieran ser COVID-19.

Es examinada por el facultativo quien le indica una prueba de laboratorio y que regrese con los resultados, además le da recomendaciones para su cuidado,

principalmente medidas individuales: distanciamiento social y uso de mascarilla. Algunos médicos se dan a la tarea de prescribir diferentes medicamentos que afirman que curan el COVID-19 o lo previenen, sin contar con ninguna base científica y sin autorización del Ministerio de Salud que se ha excluido de esta función. Cuando la persona cuenta con una prueba positiva a la enfermedad o presenta manifestaciones de cuidado, entonces se interna y pasa a ser atendido en régimen de hospitalización hasta su de alta por cualquier razón.

Como puede observarse, se siguió la misma lógica, el mismo procedimiento de la atención clínica. Pero, lamentablemente, la situación no es clínica individual sino colectiva. Tratando casos no se controla una epidemia. La solución hay que buscarla en la comunidad no en la persona. Sin embargo, la prioridad del Ministerio de Salud fue la de dotar de más camas para internamiento, más unidades de UCI y más respiradores. La búsqueda activa de casos y de sus contactos ha estado ausente totalmente. Sin testear los contactos, no se detiene la epidemia.

Otro elemento donde se observa la predominancia del enfoque clínico es protocolizar la atención sobre la base de un modelo de paciente, diferenciado por edad y sexo. En ningún momento se enfocan en aquellas personas que no se corresponden con las características del modelo asumido. Así, pasan por alto variables sociales, la pobreza, por ejemplo, o con condiciones especiales, personas con discapacidad, por ejemplo. Se incluyen como elementos de riesgo las enfermedades clínicas como la diabetes y la hipertensión, pero se excluyen las discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas. La visión de igualdad y no de la diversidad, el modelo subjetivo por encima de la realidad concreta, es lo que ha predominado, incluyendo, claro está, la discriminación por razones de etnia, condición y preferencias de pareja que, como parte de los efectos de esta epidemia, no solo se mantienen, sino que se incrementan, resultando un elemento de alto peso específico en lo que acceso a los servicios y a las informaciones se refiere.

Un último tema donde se demuestra la principalía del enfoque clínico sobre el enfoque de la salud pública que predominó en la gestión anterior, es en lo relativo al sistema de información. Los casos y las defunciones por COVID-19 se registran por la fecha que son confirmados, no por el inicio de las manifestaciones para los casos, ni en la fecha que ocurre el deceso. Esto es idéntico a la práctica clínica. En la mayoría de los casos, la comprobación diagnóstica se obtiene casi dos semanas después de tomada la muestra. Para tomar la muestra se debe haber llevado, en el mejor de los casos, una semana más. Si a esto le sumamos el tiempo de inicio de las manifestaciones,

estaríamos hablando de más de un mes de retraso entre el registro y el inicio de la enfermedad. Resulta muy difícil seguir el comportamiento de una epidemia de esta forma. ¿Como adelantarnos a lo que sucede si estamos con un atraso tan importante?

Actualmente se identifica algunos cambios en las intervenciones contra el COVID-19. Lo primero a destacar es que se ha abierto la participación, tratando de integrar a otros actores institucionales y sociales. Esto de por sí, implica una ruptura con el enfoque predominantemente clínico, dado que se entendía que solo debían participar los especialistas y ahora se incluyen otros actores porque se asume que el problema es colectivo y no individual.

Otro elemento ha sido los intentos por mejorar la data de los casos de COVID-19. Se ha reconocido y tratado de corregir el desfase de las fechas. Esto aun esta pendiente por resolver y se mantiene la dificultad para el análisis del comportamiento de la pandemia en el país.

Por último, la gestión actual, en coordinación con otros actores, realiza operativos de detección de casos empleando pruebas rápidas y pruebas PCR. Se trata de identificar casos sospechosos para hacer una prueba de conformación diagnóstica. Se pretende hacer un diagnóstico temprano y aislar el caso. Se trata de realizar operativos en algunos territorios, similares a los operativos médicos. Es un avance en relación a las intervenciones del gobierno anterior, pero lamentablemente, se insiste en no mapear contactos y aislarlos, razón por la cual, la pandemia sigue. El enfoque clínico no se ha movido del todo.

Nos toca recomendar lo siguiente respecto a restar causalidad en esta dimensión sobre el problema de la epidemia de COVID-19. Primero, urgente, se debe asumir un enfoque de salud pública, de epidemiología para gestionar el control de la epidemia, dejando a la práctica clínica el tema de la atención a los casos. Segundo, se deben buscar los casos, no esperar que lleguen a los servicios, de manera sistemática, no a través de operativos, también mapear sus contactos y lograr su aislamiento para reducir la propagación del virus.

Como complemento a lo anterior, aunque no pueda resolverse a corto plazo, nos preguntamos: ¿hasta dónde es posible desplazar el enfoque de marcado en el sistema de salud? Cuarto, es importante cambiar la forma en que se organiza y funciona el sistema de salud, además de agregarle valores como la equidad y la inclusión social. ¿Es posible seguir las recomendaciones de la OMS/OPS en cuanto a desarrollar redes de servicios y la APS renovada?

La falta de desarrollo en estos temas provoca importantes limitaciones en la gestión de la pandemia. Lo que se avance en esto ayuda, además de que

permite mejorar las condiciones para enfrentar una situación similar en el futuro.

- La dimensión individual o la causalidad en las personas

Pese a ser la dimensión de más limitado impacto, resulta ser la favorita a la hora de señalar culpables del descontrol de la epidemia. Para el gobierno central, la razón de suspender la fase 3 de la reactivación económica se basó en que la gente la perdió el miedo a la enfermedad y descuido las medidas de distanciamiento social y el uso de la mascarilla. Claro que esto debe haber contribuido, pero no es la causa única de la situación a que se enfrenta el país. Las explicaciones en base a describir acontecimientos o situaciones, rara vez pueden comprender el fenómeno objeto de estudio. El quedarse atrapado en lo que se puede percibir sin analizar el porqué de lo que acontece, provoca errores de interpretación que luego se transforma en intervenciones de desconocida efectividad y hasta en pérdidas de derechos.

La respuesta a esta teoría de la causalidad del comportamiento del COVID-19 centrada en las personas, ha sido la de limitar o suprimir la movilidad social, imponer la aplicación de medidas físicas de prevención y multar o apresar a quienes no cumplan con esas medidas, desde un enfoque coercitivo para quienes no siguen sus mandatos. Pero la fiebre no está en la sabana.

Nos preguntamos: ¿Puede interpretarse que el no cumplimiento de las medidas físicas individuales definidas como mecanismos de evitar la propagación del COVID-19 como una muestra de la desconfianza de la población a las medidas tomadas por los gobiernos y los políticos? Analizamos esto y presentamos nuestras conclusiones.

Dado que la conducción de la sociedad paso al mercado, la política, entendida como la acción colectiva tendente a legitimar, desarrollar o transformar un ordenamiento social, perdió interés. Fue degradada a proselitismo. Lo que importa ahora es captar votantes. Lo que se hace o se deja de hacer tiene de referencia los votos que se ganan o no se pierden, para así ocupar un puesto o cargo desde donde pretende desarrollar su proyecto personal o de pequeños grupos a través del uso y el abuso de los recursos que administra. Las necesidades de la población pasan a un segundo plano. Además, fiel a la política de favorecer al mercado, resta día a día la inversión en políticas sociales, desarrollando tan solo ayudas, sobre todo económicas, a grupos poblacionales bajo condición de clientelismo que genera votos. Las elites dejan de ver a la población, la desigualdad social construye una sociedad fragmentada donde el único momento de contacto son los periodos electorales. Son dos o más países dentro del mismo país. Con sus propios

valores, saberes y prácticas, no conocida y mucho menos comprendida por las elites que son responsables del ejercicio de gobierno.

Se afirma que la población no tiene actúa de forma inconsciente e irresponsable. Lo que acontece es que tiene otra conciencia y otro sentido de las responsabilidades sociales. Acertada o no en sus decisiones y acciones, no por no entender, sino por no aprobar los mensajes e informaciones que desde el gobierno (los políticos) les llegan y que no toman en cuenta sus condiciones de vida. Mensajes como “quédate en casa”, “lávate las manos” se tornan vacíos ante la imposibilidad de amplios sectores de la población dadas sus condiciones de vida. La desconfianza es la base de la no respuesta ante las ordenanzas por parte del gobierno y similares. Tiene más poder de convocatoria y más aceptación, sea planificada o espontánea, el viacrucis realizado en Puerto Plata que las medidas de prevención dictadas por el Ministerio de Salud Pública.

Algunas acciones y situaciones han fortalecido esta barrera de la comunicación: no avanzar en la desescalada, pero mantener la apertura del turismo; se permiten acciones proselitistas dentro del horario del toque de queda sin que haya sanciones a los responsables; los procesos irregulares de compra de insumos y equipos para combatir al COVID-19 identificados mientras la población sufre los rigores de una baja en las economías familiares; denuncias acerca del uso de la situación de la epidemia con fines proselitistas; las llamadas intervenciones en los barrios con desinfecciones incluidas completamente inefectivas, que resultan ser actividades de propaganda política; el uso evidente y público de los recursos del gobierno en actividades electorales sin que se tomen medidas al respecto; etc.

Es evidente que existe una brecha de comunicación entre gobiernos y las elites sociales con los grupos poblacionales que son excluidos o incluidos parcialmente en las dinámicas del mercado.

Una intervención unidimensional tiene un alto riesgo de que nuestros logros se queden cortos, sobre todo si nos enfocamos en la dimensión individual como se entiende que se pretende al hacer referencia de la casusa principal del no control de la epidemia.

El mayor impacto, por lo urgente del problema, se lograría incidiendo en la dimensión particular que determina el fenómeno. El cambiar el enfoque clínico por el de salud pública y actuar en consecuencia, nos daría una importante oportunidad de empezar a resolver la situación provocada por el COVID-19. Esta debe ser la primera prioridad. Al mismo tiempo, se deben iniciar las acciones para intervenir en la dimensión general del problema.

Comisiones diversas deben diseñar el cambio del sistema de salud que sea necesario e iniciar su desarrollo. Cada paso que demos en este campo facilita la gestión de la epidemia y nos hace menos vulnerables a próximas situaciones similares. Claro que urge el desarrollo de un enfoque de equidad y e inclusión social lo más temprano posible. Desde otros campos ha de tratarse el tema de la desigualdad social y el fortalecimiento de la economía, muy debilitada desde antes del COVID-19. Un enfoque integral obliga a abordar también el problema desde su dimensión individual

Para este campo, es importante que el dialogo entre las partes se haga a través de pares, dada la desconfianza hacia el político y el desconocimiento de este de la cultura de los grupos poblacionales. Eso implica cambiar los códigos y vías de información. Implica permitir y promover la participación de la población en la definición, actuación, monitoreo y evaluación de las intervenciones.

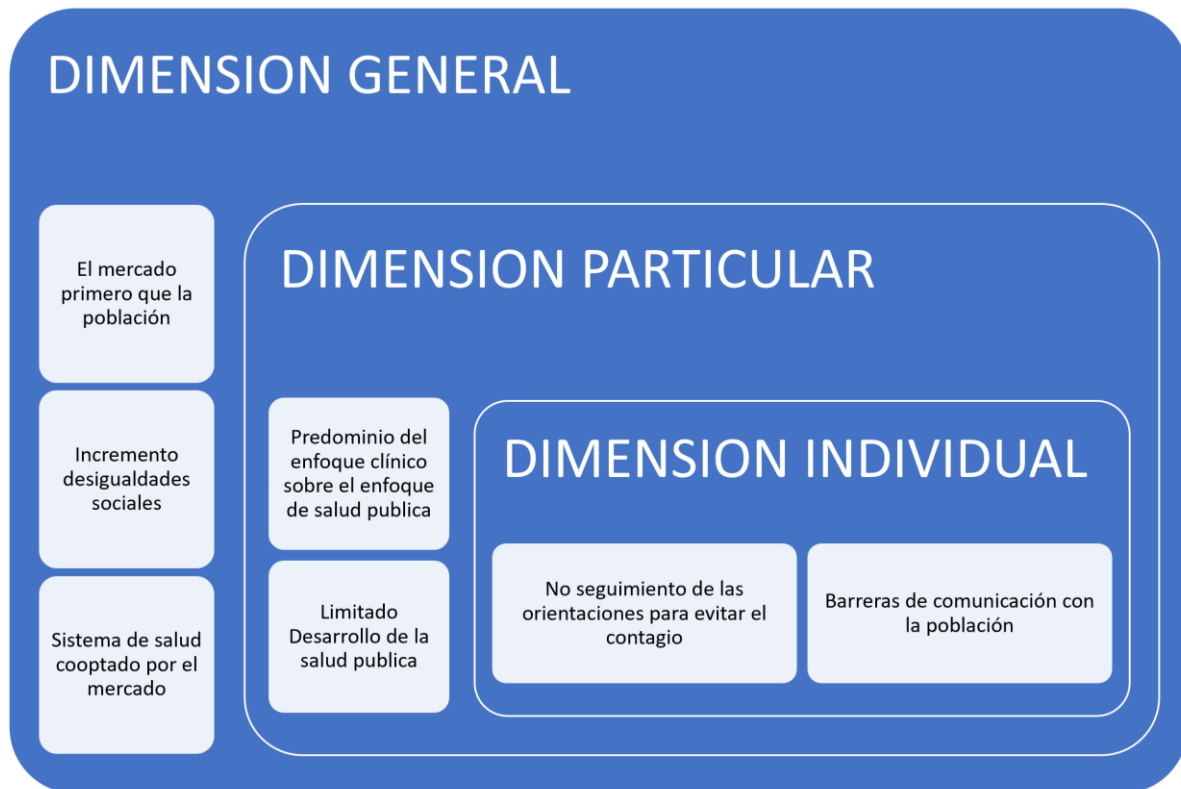
PROPUESTA PARA ENFRENTAR LA EPIDEMIA DE COVID-19

No puede haber una solución sin impactar las causas. No hay una sola causa, tampoco todos los eventos que se consideran causas operan en un mismo nivel. Se trata de una causalidad multidimensional. Los de mayor dimensión tiene un mayor peso específico que los de menores dimensiones, además de que los determinan. Así, la dimensión general determina a la dimensión particular, mientras que esta condiciona a la general. Lo mismo sucede entre la dimensión particular y la singular. Por lo que cuando cambia algo en alguna de las dimensiones, las demás tienden a cambiar. Mientras mayor es la dimensión que cambia, mayor es el impacto que se logra, pero también cuesta más tiempo y esfuerzo hacerlo.

Para poder impactar en el problema, no se debe intervenir en una sola dimensión. Es un combate en múltiples flancos, pero con equipos y plazos diferentes. Con la salvedad de que el plan a corto plazo y el de largo plazo, inician el mismo día.

En la siguiente grafica mostramos un resumen muy apretado de esta teoría causal sobre el problema.

Imagen 1.
Teoría sobre la causalidad del no control sobre el COVID-19



Fuente: propia.

- Intervenciones en la dimensión general

Los resultados de estos trabajos no se logran a corto plazo, pero es necesario que distintas comisiones de trabajo, de constitución diversa y representativa de los diferentes actores sociales e institucionales involucrados, inicien inmediatamente el diseño de las intervenciones concretas en cada uno de los temas señalados. Y, pasen a desarrollar estas intervenciones dentro de plazos establecidos.

Priorizar la salud de la población antes que la salud del mercado implica cambiar el marco legal y agregar otros elementos. No se espera que la presencia del mercado desaparezca, pero sí que este tenga que armonizar con la salud y no al revés. Una comisión de trabajo de trabajo que combine el nivel técnico con la participación social debe dedicarse a ello, incluyendo a delegados del poder legislativo. No está exento de debates y conflictos, pero si la política es clara: priorizar la salud de la población antes que, al mercado, se puede avanzar en ello y lograr todo lo posible.

El tema de las desigualdades sociales se aborda a través de la definición y desarrollo de políticas públicas y sociales. El liderazgo del gobierno es fundamental. Implica superar la practica clientelista por una práctica de derechos. Corresponde al gobierno central y a sus instituciones

gubernamentales, el definir estas políticas y gestionarlas. Deben hacerlas explícitas y, en su diseño, desarrollo y evaluación, debe tenerse en cuenta el tema de la participación social y la rendición de cuentas. Es un tema que ha de cubrir todo el periodo de gobierno y más. Su definición y difusión debe hacerse a corto plazo.

Por último, desarrollar un sistema de salud sin que sea determinado por el mercado, si bien se incluye en los temas anteriores, tiene también su manejo propio. Implica ampliar el accionar del sistema de salud, hoy reducido a la atención a las personas y que pueda involucrarse en la protección y el fomento a la salud además de la reparación de la salud. Su definición puede lograrse a corto plazo. Basta una comisión de trabajo que se involucre en ello y luego haga la labor de búsqueda de consensos. La implementación no se logra inmediatamente. Deberá existir un plan gradual para su desarrollo.

- Intervenciones en la dimensión particular

Acá se destacan dos líneas de intervención. Una de extrema urgencia por la gravedad del caso que tratamos: el predominio del enfoque clínico sobre el enfoque de salud pública. Y otro tema, de lograr a mediano plazo: el desarrollo de la salud pública o salud colectiva.

Para el primer tema, a corto plazo, se ha de constituir un programa de intervención. Una definición simple de un programa de intervención sería de la siguiente forma: la articulación planificada de acciones y recursos dirigidas a enfrentar una situación problema o el desarrollo de mejoras institucionales o de acción, a partir de una teoría causal del desenvolvimiento del tema o acción sobre el que se plantea incidir.

Se espera que a través del programa se logre el control de la epidemia de COVID-19, de manera tal que se logre superar la condición de contagio comunitario a pasar a un comportamiento de brotes limitados en espacios geográficos poblacionales, como paso previo a su erradicación.

El eje del programa y que marca la diferencia con lo que se está realizando es el desarrollo de los siguientes servicios a la población:

- Búsqueda proactiva y asilamiento clínico de casos sospechosos.
- Elaboración de mapa de contactos para cada caso sospechoso y su aislamiento de la población;
- Realización de pruebas diagnósticas individuales según protocolo a casos sospechosos;
- Realización de pruebas diagnósticas por pool o individuales según protocolos a contactos;

- Atenciones clínicas en centros de salud de diferentes niveles de complejidad de acuerdo con la condición del caso sobre la base de redes de servicios establecidas.

El programa debe incluir a toda la población en todo el territorio nacional. Se ha de desarrollar un enfoque de equidad que permita servir más al que más necesita, rechazando los enfoques igualitarios de a todos por igual. También se ha de garantizar que la atención a proveer sea igual entre los que tienen igual necesidad sin discriminación alguna y tomando en cuenta las condiciones de la persona, sobre todo en casos de discapacidad física o cognitiva. La condición de no tener la documentación que identifica a la persona no puede ser un impedimento para recibir los servicios del programa.

Se trata de desarrollar un programa que funcione de manera horizontal, con un mando central, responsable de la coordinación, el monitoreo, la evaluación y el suministro de logística a los demás grupos, y otros territoriales que deben llevar a cabo las acciones concretas, bajo la estrategia de desconcentración que se sustenta en comités por territorio con participación intersectorial y poblacional de acuerdo al contenido de la intervención, que incluye la delimitación de responsabilidades por actor participante. A manera de ejemplo, incluimos la descripción grafica de la metodología para los servicios que, por las circunstancias, deben ser asumidos de inmediato.

Es importante lo relativo a la gestión de las intervenciones. De lo que se trata es de definir cuadros de mando, por lo menos uno para la gestión de operaciones y sus resultados, así como otro para la gestión administrativa. Los datos necesarios para desarrollar los cuadros de mando definen el sistema de información, tanto en su contenido, fuente, métodos para su obtención y periodicidad. Estos han de ser la base para el análisis de las intervenciones y sus impactos, al igual que para la toma de decisiones sobre el curso a seguir. De igual manera. Debe incluirse medios y mecanismos de información, comunicación y rendición de cuentas.

En la siguiente imagen, se resumen los pasos a dar para el control del COVID-19 con la finalidad de reducir el contagio comunitario.

Imagen 2.
Procedimiento captación y manejo de casos y contactos



Fuente: propia.

Se trata de un programa público. Por tanto, la información que genera es de uso público. Se debe tener definido como se va a informar y comunicar sobre las actuaciones del programa tomando en cuenta las características de cada actor social o institucional. Deben incluirse, por separado, informes sobre el uso y disponibilidad de los recursos administrados. Esto puede incluir diseñar un portal donde pueda observarse el destino dado a los recursos administrados sin sustituir otras formas de informar y comunicar, incluyendo lo relativo a reuniones para informar sobre las novedades de la situación y rendir cuentas.

UNA ÚLTIMA REFLEXIÓN

Diseñar un programa toma tiempo. La situación concreta a que nos enfrentamos no puede darse el lujo de consumir tiempo sin iniciar las intervenciones para lograr el control de la epidemia. Por tanto, no se debe esperar a que el programa este completamente definido. Puede iniciarse por etapas, dándole prioridad a los servicios que se requieran con mayor urgencia, como las siguientes: búsqueda proactiva y asilamiento clínico de casos sospechosos; elaboración de mapa de contactos para cada caso sospechoso y su aislamiento de la población; realización de pruebas diagnósticas individuales según protocolo a casos sospechosos; realización de pruebas diagnósticas por pool o individuales según protocolos a contactos; atenciones clínicas en centros de salud de diferentes niveles de complejidad de acuerdo con la condición del caso sobre la base de redes de servicios establecidas;

suministro oportuno y suficiente de medidas de protección sanitaria ante la enfermedad al personal comunitario y de salud; desarrollo de medidas para promover la aplicación de medidas individuales de prevención y paliar la situación económica de las familias.

Luego se podrán introducir otros servicios de acuerdo con las necesidades de la población y a los recursos disponibles.

.-