

CARTA ABIERTA

Quito, el 28 de abril del 2020

Señor Licenciado
LENIN MORENO GARCÉS
Presidente de la República del Ecuador
Su despacho._

De nuestra consideración,

Quienes suscribimos el presente comunicado somos profesionales de la Salud Colectiva, la Salud Pública, la Epidemiología, los Derechos Humanos y otras disciplinas afines; académicos, científicos y servidores públicos, sin vinculaciones ni aspiraciones político partidarias.

Frente al anuncio que usted y otros funcionarios de su gobierno emitieron el día viernes 24 de abril comunicando el retorno a actividades de varios sectores productivos, así como una transición del estado de aislamiento social, actualmente vigente, hacia un modelo de “distanciamiento” a partir del día lunes 4 de mayo, es nuestra responsabilidad científica pero ante todo ética advertir lo siguiente:

1. A pesar de las importantes limitaciones (que usted personalmente ha reconocido) en la información epidemiológica generada por el Ministerio de Salud Pública (MSP), **resulta evidente que las condiciones para decidir el retorno a las actividades productivas no se cumplen aún en el país.** La evidencia científica disponible, las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como los ejemplos de las diversas medidas y modelos aplicados en diferentes países han devenido en unos puntos mínimos de consenso que deben cumplirse previo a considerar escenarios de retornos secuenciales a la “normalidad”:
 - a. **Observar una disminución continuada de los nuevos contagios y mortalidad por el virus.** Debido a las ya mencionadas deficiencias de datos en el país, al momento es imposible decir que esta condición se cumpla. Entre el retraso diagnóstico ocasionado por la falta de pruebas y de capacidad para procesarlas; la inclusión de pruebas rápidas de dudosa validez (baja especificidad y sensibilidad); la incapacidad para confirmar todos los casos sospechosos; y los cambios en los datos oficiales; es muy difícil saber el estado real de la epidemia en el territorio nacional. La inestabilidad de los datos se evidencia con la inclusión de más de 10.000 casos confirmados nuevos durante los últimos días por un aumento de la capacidad de procesar pruebas diagnósticas por parte del Estado. Con esta inestabilidad en los datos, es imposible hacer un seguimiento de la curva epidémica y menos aún hablar de un “aplanamiento de la curva” como se ha afirmado en reiteradas ocasiones desde las personas voceras oficiales del

Estado. Incluso los datos de mortalidad siguen sin ser fiables en el país. En las últimas semanas, varias publicaciones internacionales han resaltado la falta de credibilidad de los datos oficiales de mortalidad por COVID-19.

Vale la pena decir también que el número de llamadas al 171 o atenciones en emergencia no son buenos indicadores de que esté disminuyendo el impacto poblacional de la epidemia. Recordemos que el 171 es una central telefónica que estuvo colapsada durante varias semanas. La disminución en el número de llamadas puede simplemente indicar la falta de confianza de la ciudadanía en este medio.

Tomando en cuentas estas circunstancias, ¿cómo se pueden usar estos datos para proponer salir del aislamiento?

- b. Tener la capacidad de confirmar todos los casos sospechosos-probables, de realizar seguimiento de los mismos y de sus contactos.** Como se expuso anteriormente, el Estado aún no tiene la capacidad de confirmar todos los casos que presentan síntomas o de monitorear a sus contactos cercanos. Si nos planteamos un retorno a actividades, el establecimiento y mantenimiento de cercos epidemiológicos se vuelve la principal herramienta de control de la epidemia. Es de conocimiento general que las capacidades del MSP para realizar esta titánica tarea son limitadas, especialmente si tomamos en cuenta los recortes sufridos por este sector durante los últimos años. Los excelentes profesionales de primera línea (epidemiólogos zonales y distritales) se encuentran desbordados, e incluso con el apoyo reciente prestado por los GAD, esta tarea no se puede cumplir a cabalidad. Hasta que no se asegure la capacidad para poder confirmar casos, garantizar su aislamiento y seguir a los contactos cercanos, no se debería plantear el retorno a actividades.
- c. Que el sistema de prestación de servicios de salud pueda responder a los casos nuevos que requieran atención hospitalaria / cuidados intensivos (UCI).** Los datos de ocupación y disponibilidad de camas y camas de UCI no se reportan regularmente en el país. Sin embargo, resulta evidente que el sistema de salud se encuentra saturado en varios cantones. Hablar de respuestas por cantón es desconocer la desigualdad territorial que existe en el país en la oferta de servicios de salud, y más aún de cuidados intensivos. Si no existe capacidad para afrontar nuevos casos graves de COVID-19, resulta imposible retornar a actividades. Imágenes e historias como las observadas en Guayaquil durante estas semanas constituyen, además de una grave negligencia estatal, graves violaciones a los derechos humanos que no pueden repetirse. Si la capacidad del sistema de salud es insuficiente, un cese precipitado de las medidas de aislamiento social devendrá en el desbordamiento de las unidades hospitalarias y la muerte de la población infectada grave, situación que seguramente determinará la necesidad de un nuevo período de confinamiento domiciliario radical.

- d. **Asegurar que se cumplan condiciones mínimas necesarias para las personas que retornarían a actividades regulares y sus familias.** Durante las últimas semanas, se han denunciado repetidamente las deficiencias en la provisión de equipo de protección personal para profesionales sanitarios. Si no podemos asegurar condiciones de seguridad laboral para el personal de salud, ¿cómo planteamos brindar protección al resto de trabajadores?

Ante esto, es nuestra responsabilidad preguntar: ¿Existe suficiente acceso a mascarillas y equipo de protección para los y las trabajadoras? ¿Serán los empleadores capaces de asegurar todas las medidas de protección para que los y las trabajadores retornen? ¿Cómo se asegurará / controlará que las personas que retornan a las actividades tengan toda la protección necesaria? Sin una respuesta efectiva a estas preguntas consideramos que no es prudente promover el retorno a las actividades productivas.

Además, es preciso considerar qué pasará con las personas (mayoritariamente mujeres) responsables del trabajo no remunerado en el hogar, su retorno temprano a las actividades productivas dejaría sin los cuidados esenciales a niños y niñas, adultos mayores y otros grupos de atención prioritaria.

2. Es necesario un plan de protección social para mitigar los efectos del COVID-19 y del confinamiento en los sectores de la población que más lo necesitan:

El confinamiento y la crisis social y económica no afectan a todos y todas por igual. Tanto los impactos de la pandemia como la capacidad de responder y protegernos ante la misma están determinados por procesos sociales, ecológicos, económicos, culturales y políticos estructurales, que han puesto en evidencia las históricas inequidades sociales entre grupos económicos de poder (quienes han continuado enriqueciéndose en esta pandemia) y grupos sociales que sobreviven en el hacinamiento, la precarización laboral, la ausencia de servicios y derechos sociales y económicos (incluso del bien común más esencial, el agua), y por supuesto sin acceso al derecho a la salud.

Las “periferias” locales, parroquias y barrios urbano marginales, comunidades campesinas, habitantes de calle, recicladores y recicladoras, trabajadoras sexuales, comerciantes informales, migrantes, entre otros, han sido una vez más, quienes mayoritariamente han encarnado en sus cuerpos la enfermedad y la muerte, en medio de una situación de colapso sanitario que ni siquiera ha garantizado la dignidad en el manejo de los cadáveres.

De la misma manera, los pueblos y nacionalidades indígenas, una vez más, han puesto en evidencia que el Estado plurinacional constitucionalmente reconocido en 2008 ha sido incapaz de garantizar unas condiciones mínimas de salud y dignidad a

comunidades históricamente excluidas. A esto se suma, la presencia de multinacionales extractivas que ha exacerbado los conflictos territoriales agudizando aún más las condiciones de vulnerabilidad de pueblos y comunidades indígenas. Como ejemplo, vale nada más recordar la reciente ruptura del SOTE y los desastrosos impactos para cientos de comunidades amazónicas.

Paralelamente, en las últimas semanas, hemos visto que las medidas de apoyo a las clases populares han sido totalmente insuficientes frente a las condiciones de pobreza y extrema pobreza ya existentes y que se han agudizado con la emergencia sanitaria. Lamentablemente, la posición adoptada por el gobierno central y varias administraciones locales, ha recaído en la responsabilización de comportamientos individuales (asumidos como indisciplina social) en lugar de promover perspectivas que comprendan las determinaciones que los procesos estructurales tienen sobre las posibilidades y limitaciones en las prácticas poblacionales que a su vez configuran los patrones de exposición-vulnerabilidad de los diferentes grupos sociales. En esta línea, en lugar de garantizar condiciones y derechos sociales y económicos básicos que posibiliten que las medidas de aislamiento social sean efectivas para todos y todas, el accionar estatal ha recurrido a la criminalización, represión y abusos por parte de la fuerza pública hacia los grupos más empobrecidos.

3. Limitado criterio técnico-científico y de procesos participativos-democráticos en la toma de decisiones por parte del gobierno nacional:

Si bien el lema central de su gobierno ha sido la permanente invitación al diálogo y los acuerdos nacionales, sorprende que, ante una crisis sanitaria de esta magnitud, se adopten medidas con profundo impacto en el bienestar de la población sin ninguna discusión a profundidad con sujetos sociales diversos como trabajadores, pueblos indígenas, academia, movimientos sociales, etc. El hermetismo alrededor de las decisiones y su justificación científica muestra una actitud antidemocrática por parte de las autoridades.

Creemos que aún estamos a tiempo para que estas importantes decisiones sean parte de un gran consenso social en el que además se discuta sobre el tipo de sociedad en la que queremos vivir en un mundo post-COVID-19. Muchos países y municipalidades alrededor del mundo han abierto esta crisis como una posibilidad para pensar y apostar una transición a un cambio de modelo en el que el decrecimiento económico, la redistribución de la riqueza, la justicia social, ecológica y de género, el cese de los extractivismos, el fortalecimiento de la agroecología, los emprendimientos pequeño - productivos, y todas las expresiones que apuestan por una ética de la vida y no por la acumulación de capital, estén en el centro.

Finalmente, como profesionales y académicos de las Ciencias de la Salud y los Derechos Humanos creemos que la discusión respetuosa y exposición justificada de criterios científicos son parte de nuestra responsabilidad y constituyen un requisito fundamental para la construcción de conocimiento que oriente la toma de decisiones de los y las gobernantes.

Los ataques y el desprestigio a académicos son intolerables bajo cualquier óptica, por lo que exhortamos a las autoridades a detenerlos y en su lugar, generar procesos de diálogo y construcción colectiva con investigadores, profesionales de la salud, institutos y universidades.

Ante todo lo expuesto, quienes aquí suscribimos, solicitamos a usted y por su intermedio a las instancias pertinentes, cumplir con el principio de precaución constitucionalmente establecido, y en función de ello, mantener la declaratoria de emergencia sanitaria, el estado de excepción y las medidas de aislamiento social en todo el territorio nacional mientras no exista evidencia epidemiológica suficiente y un consenso social amplio para una organización responsable de reincorporación gradual hacia un nuevo modelo en el que primen los derechos a la salud y la vida digna.

Atentamente,

1. Red Nacional de Epidemiología y Salud Colectiva
2. Comité de Emergencias de la Universidad Andina Simón Bolívar
3. Alianza de Organizaciones por los Derechos Humanos Ecuador
4. César Montaña Galarza, Rector de la de la Universidad Andina Simón Bolívar
5. Ricardo Hidalgo Ottolenghi, Rector de la Universidad UTE
6. Fernando Ponce León, Rector de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador
7. Juan Ponce Jarrín, Director FLACSO
8. Juan Pablo Barbecho, Presidente de la Federación de Medicina Familiar y Comunitaria del Ecuador
9. Jaime Breilh, Director del CILAB Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar
10. Fernanda Solíz, Directora del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar
11. Claudia Storini, Directora del Área de Derecho de la Universidad Andina Simón Bolívar
12. Cristian León, Director del Área de Comunicación de la Universidad Andina Simón Bolívar
13. César Paz y Miño, Director del Centro de Investigación Genética y Genómica Universidad UTE
14. Gardenia Chávez, Coordinadora del Programa Andino de Derechos Humanos de la Universidad Andina Simón Bolívar
15. Daniel Simancas-Racines, Investigador en Epidemiología y Salud Pública
16. Ana Lucía Torres, Investigadora en Salud Pública
17. Rodrigo Henríquez, Docente Universidad de Las Américas
18. Andrés Peralta, Investigador del Proyecto CEAD - Universidad Miguel Hernández de Elche
19. Santiago Ron, Docente Investigador PUCE
20. Hugo Marcelo Aguilar, Médico Tropicalista, Epidemiólogo, Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central de Ecuador.
21. Fernando Cornejo León, Médico Psiquiatra, Docente e Investigador
22. Raúl Francisco Pérez Tasigchana, Médico Epidemiólogo Investigador
23. Angélica González D, Enfermera, Egresada de la Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva de la UASB
24. Gina Benavides, Docente del Programa Andino de Derechos Humanos, UASB
25. Carlos Reyes, Docente del Programa Andino de Derechos Humanos, UASB
26. Oscar Yépez MD. MSc., Docente de la Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva de la UASB
27. Ángel Ramiro Paguay Moreno. MD.
28. Lic. Andrea Pineda Caicedo, Magíster en Epidemiología y Salud Colectiva
29. Dr. Eduardo Villa Samaniego , Médico Perito, Egresado de la Maestría de Epidemiología y Salud Colectiva de la UASB.
30. Fernando Castro Calle, Docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca
31. Fernando Estévez, Docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca
32. Md. Silvio Silva Salas, Egresado de la Maestría de Epidemiología y Salud Colectiva de la UASB
33. Dra. Margarita Lara. Magíster en Epidemiología y Salud Colectiva
34. Mgs. Noemí Álvarez, Médica, Magíster en Epidemiología y Salud Colectiva

35. Od. Victor Hugo Garcia Veloz, Especialista en Atención Primaria de la Salud, Egresado de la Maestría de Epidemiología y Salud Colectiva de la UASB
36. Edgar Toapanta, Md. Esp.
37. Dr. Jorge Parra Parra, Docente Universidad de Cuenca
38. Dra. Jhoana Rueda, Médica Familiar, Egresada de la Maestría de Epidemiología y Salud Colectiva de la UASB
39. Juan Durango-Cordero, PhD. en Ciencias Agronómicas y Ambientales - Universidad Paul Sabatier-Toulouse III.
40. MSc. Carlos García Escovar, Médico, Docente y miembro de la Comisión de Investigación de Medicina de la ULEAM
41. Lcdo. Luis Miguel Córdova Soria, Nutricionista - Egresado de la Maestría de Epidemiología y Salud Colectiva de la UASB
42. Mvz. Felipe Torres Andrade, Magíster en Epidemiología y Salud Colectiva
43. Verónica Espinel-Flores, Psicóloga, PhD, Investigadora en Salud Pública, Barcelona, España
44. Andrea Miranda, Médica, PhD, Investigadora en Salud Pública, Barcelona, España
45. Diego Carriel Lopez, PhD Bioquímica y Biología Estructural, Universidad Grenoble Alpes
46. Paola Morejón Barragán, especialista en Cuidado Crítico Cardíaco
47. Dr. Adolfo Maldonado Campos, PhD Salud Colectiva Ambiente y Sociedad
48. Doménica Cevallos Robalino, Médico Investigadora
49. Paola Román, Investigadora
50. Orlando Felicita, investigador del área de salud de la UASB
51. Giannina Zamora Acosta, Docente – Investigadora
52. María José Breilh, Investigadora del Área de Salud de la UASB
53. Luis Allan Kunzle, docente Universidade Federal do Paraná
54. Bayron Torres, investigador del Área de Salud UASB
55. Alía Yépez, Psicóloga, investigadora del Área de Salud de la UASB
56. Stephanie Villamarín, Ing. en Biotecnología
57. Mónica Izurieta G. Investigadora Economía Crítica y Salud Colectiva
58. Sofía Tinajero Romero, Comunicadora de la UASB
59. María del Carmen Miranda Garcés, Médico especialista en Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
60. Dámaris Intriago, MSc en Medicina Molecular. Universidad Internacional SEK del Ecuador.
61. Edgar Andrés Vinuesa Aguirre, Tutor Comunitario PG MFyC PUCE/UCE/ISTTE
62. Dra. Liliana Arce M., Médica Familiar
63. Dr. David Acurio Páez, docente Universidad de Cuenca
64. Patricia Granja, experta en Salud Pública
65. Cecilia Falconí, Salubrista, Consultora
66. Rubén Chiriboga, Docente Universidad UTE
67. Maria Belen Mena, MD. MPH. Ph. D., Docente de Farmacología, Experta en Medicamentos, Facultad de Ciencias Médicas Universidad Central del Ecuador
68. Diego Moya, Ing. Mecánico, MEng Energy Systems, PhD(c) Energy Economics, Profesor Titular UTA, Researcher at Imperial College London
69. Juan Pablo Iñamagua PhD(c) Environmental Sciences. Lecturer Universidad de Cuenca
70. Carla Ayala, Egresada de la maestría de Epidemiología y Salud Colectiva de la UASB
71. Mateo Espinosa, Investigador en Geografía y Salud Pública
72. Lic. Patricia Rosero, Egresada de la Maestría de Epidemiología y Salud Colectiva de la UASB
73. Mvz. Jorge Berrú, Egresado de la Maestría de Epidemiología y Salud Colectiva de la UASB
74. Mvz Stalin Vásquez, Egresado de la Maestría de Epidemiología y Salud Colectiva de la UASB
75. Mvz Euclides De la Torre M., Egresado de la Maestría de Epidemiología y Salud Colectiva de la UASB
76. Geovanna Altamirano Zabala, Docente UTN, Egresada de la Maestría de Epidemiología y Salud Colectiva de la UASB
77. Ps.C. Jaime Barriga Burbano Egresado de la Maestría de Epidemiología y Salud Colectiva de la UASB
78. Fernando Solíz, Médico, Magíster en Salud Familiar y Comunitaria
79. Jemyna Pérez, Odontóloga, Docente universitaria
80. Patricio Freiré, Docente de la Universidad UTE
81. Edwin Dávila, Médico Psiquiatra, Docente Universidad UTE
82. Elena Mantilla Jácome, Odontóloga, Docente universitaria
83. Mónica Mancheno, Odontóloga, Docente universitaria.

84. Leslee Rivadeneira, Odontopediatra, Docente universitaria
85. Bernarda Salas, Médica especialista en medicina tropical y gestión de políticas públicas
86. Lina Maria Espinosa, Defensora de DDHH
87. Diego López, Médico Familiar.
88. Wilma Freire, Investigadora en Salud Pública y Nutrición Humana.

Cc.

Señora Magíster

MARÍA ALEXANDRA OCLES PADILLA

Secretaria del Comité de Operaciones de Emergencia (COE) Nacional

Señor Doctor

JUAN CARLOS ZEVALLOS LÓPEZ

Ministro de Salud Pública de Ecuador

Señora Doctora

MARÍA PAULA ROMO RODRÍGUEZ

Ministra de Gobierno