



**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES  
GESTIÓN ACADÉMICA – UNIDAD DE PROYECTOS Y PLANIFICACIÓN  
ACADÉMICA**

**II DIPLOMADO SUPERIOR EN GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS Y  
DESASTRES**

**“SISTEMA DE RESPUESTA DEL SECTOR SALUD ANTE UNA  
PANDEMIA EN LA PROVINCIA DEL GUAYAS  
GUIA PARA LA PREPARACION DEL SECTOR SALUD ANTE UNA  
POSIBLE PANDEMIA DE INFLUENZA EN LA PROVINCIA DEL  
GUAYAS.”**

**DRA. MARIANA PIHUAVE NACIF**

**LECTOR**

**DR. MARCELO REINOSO**

**QUITO, MARZO DEL 2010**

## **DEDICATORIA**

Con todo cariño a mis padres, hermanos quienes fueron mis pilares fundamentales, por su comprensión.

A todos quienes hicieron posible que se diera la oportunidad, a quienes me acompañan diariamente mis compañeros, amigos que siempre están tratando de colaborar conmigo, con la institución.

A todos quienes hacen la DIPLASEDE del Ministerio de Salud Pública, Dirección Provincial de Salud del Guayas, compañeros de quienes he aprendido de sus sabias experiencias.

## **AGRADECIMIENTO**

A las personas que coordinaron el Diplomado, pues al insistir en la participación de un miembro de cada una de las instituciones de Respuesta ante Emergencias y Desastres, denotan el interés por avanzar, por el cambio.

A mis superiores, jefes que han sabido entender la dedicación que se debe imprimir en capacitaciones de esta naturaleza, además por entender las ausencias durante los días asignados para clases.

Al Ministerio de Salud Pública, Secretaría Nacional de la Gestión del Riesgo, Agencia de Cooperación Internacional para el Desarrollo, quienes bajo una estrecha coordinación han colaborado en la generación de capacidades.

Les agradezco infinitamente a todos

Mariana Pihuave Nacif

## INDICE GENERAL

Dedicatoria .....	i
Agradecimiento.....	ii
Índice general.....	iii
Tabla de Contenidos .....	iv
Índice de Cuadros.....	v
Índice de Figuras.....	vi
Índice de Gráficos.....	vii
Introducción.....	1

## TABLA DE CONTENIDOS

	Pag.
<b>CAPITULO I</b>	
<b>GENERALIDADES</b>	2
1. Planteamiento del problema	3
1.1 Ubicación del problema en un contexto	4
1.1.1 Causas y consecuencias del Problema	4
1.1.2 Delimitación del Problema	5
1.1.3 Planteamiento del Problema o Formulación	5
1.2 Objetivos	6
1.2.1 Objetivos General	
1.2.2 Objetivos Específicos	
1.2.3 Justificación	6
<b>CAPITULO II</b>	
<b>ENFOQUE Y MARCO CONCEPTUAL</b>	9
	10
2.1 Definiciones Básicas para la Gestión del Riesgo	10
2.1.1 Tipos de Emergencia	11
2.1.2 Grados de Compromiso de las Emergencias	12
2.1.3 Protocolo para la atención de Emergencias y Desastres en el Sector Salud	12
2.2 Provincia del Guayas	12
2.2.1 Limites	12
2.2.2 División administrativa	12
2.2.3 Demografía	13
2.2.4 Clima	16
2.3 Organización en Salud	16
2.3.1 Red de Servicios del Ministerio de Salud Publica	17
2.3.1.1 Reforma del Sector Salud	19
2.3.1.2 Políticas de Protección Social	20
2.3.1.3 Maternidad Gratuita	20
2.3.1.4 Seguridad Alimentaria	21
2.3.1.5 Atención Integral – Equipo Básico de Salud (EBAS)	21
2.3.1.6 Atención de Enfermedades Catastróficas	22
2.3.1.7 Medicamentos Gratuitos	23
2.3.1.8 Gratuidad, progresiva de los Servicios de Salud	23

2.3.2	Programas Prioritarios	
2.3.2.1	Programa de Inmunizaciones (PAI)	24
2.3.2.2	Programa de enfermedades transmitidas por vectores	
2.3.2.3	Programa de control y vigilancia epidemiológica	25
2.3.2.4	Programa de infraestructura, equipamiento y licenciamiento de los Servicios de salud.	27
2.3.2.5	Programa de alimentación y nutrición	27
2.3.2.6	Programa de atención integral por ciclos de vida	27
2.3.2.7	Programa de Salud Intercultural	28
2.4	Sistema de Salud	29
2.4.1	Sistema local de salud	30
2.4.2	Sistema de atención a la salud	30
2.4.3	Sistema institucional de servicio de salud	30
2.4.4	Niveles y capacidad resolutive	30
2.4.5	Marco legal, estratégico y sectorial	31
2.4.5.1	Mandato constitucional	
2.4.5.2	Plan Nacional para el Buen Vivir ( Lineamientos de la Política Sectorial)	35
2.4.6	Organización general de salud en el Ecuador	46
2.4.6.1	Organización actual del sistema de salud en el ecuador	47
2.4.6.2	Subsector público	47
2.4.6.3	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	47
2.4.6.4	Sanidad de Fuerzas Armadas y Policía	48
2.4.6.5	Junta de Beneficencia de Guayaquil	48
2.4.6.6	Sociedad de Lucha contra el Cáncer	49
2.4.6.7	Servicio de Salud Municipal	49
2.4.7	Capacidad Resolutive por Niveles de Atención en Salud	50
2.4.7.1	Primer nivel de atención	50
2.4.7.2	Segundo y tercer nivel de atención	51
2.5	Definición de Pandemia	52
2.5.1	Pandemias y su Historia	52
2.5.2	Perfil epidemiológico de la provincia asociado al riesgo	56
2.6	Protocolo de servicios de Salud	58

### **CAPITULO III**

#### **GUIA PARA LA PREPARACION DEL SECTOR SALUD ANTE UNA POSIBLE PANDEMIA DE INFLUENZA EN LA PROVINCIA DEL GUAYAS**

3.	Guía para la preparación del sector salud ante una posible pandemia de Influenza en la Provincia del Guayas	60
3.1	Introducción	60
3.1.1	Definición de roles y responsabilidades	61
3.1.1.1	Aspectos administrativos	61

3.1.1.2 Aspectos Técnicos	63
3.1.1.3 Aspectos de la Vigilancia Epidemiológica	67
3.1.1.4 Aspectos de Logística	67
CAPITULO IV	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4. Conclusiones Y Recomendaciones	71
4.1 Conclusiones	71
4.2 Recomendaciones	72
BIBLIOGRAFIA	73
ANEXOS	75
Anexo #1 Logística de verificación	76
Anexo #2 Lineamientos para el Plan de Contingencia	77
Anexo #3 Lineamientos para un Plan de Comunicación	79
Anexo #4 Matriz: Línea de Base de los servicios de salud de la provincia	80
Anexo #5Glosario de Términos	81

## INDICE DE CUADROS

<b>Cuadro N°1</b>	
Población de la Provincia Comparación Ecuador - Guayas	15
<b>Cuadro N°2</b>	
Organización por Procesos de la Dirección Provincial de Salud del Guayas	17
<b>Cuadro N°3</b>	
Organización por procesos de un área de salud	18
<b>Cuadro N° 4</b>	
Enfermedades de notificación obligatoria	26
<b>Cuadro N°5</b>	
Dotación de camas en las unidades de salud	50
<b>Cuadro N°6</b>	
Total de consultas por año	51
<b>Cuadro N°7</b>	
Fases de la OMS para la planificación ante una posible pandemia	55

## INDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA N° 1</b>	Pag .
Mapa de la de la Provincia del Guayas	13
<b>FIGURA N ° 2</b>	69
Estructura Para la Implementación de La Guía Para La Preparación del Sector Salud Ante Una Posible Pandemia De Influenza en la Dirección Provincial De Salud Del Guayas.	

## INDICE DE GRAFICOS

### **GRAFICO N° 1**

Presupuesto del MSP/presupuesto General del Estado

Pag .

29

## INTRODUCCION

El Sistema Nacional de Salud en el Ecuador ha tenido una evolución que le ha significado grandes sacrificios a lo largo de los años. El reto es aun más significativo en los últimos años, pues además se vive la transición hacia un nuevo modelo de gestión con matices diferentes a lo acostumbrado en temas de descentralización y desconcentración.

A propósito de este importante hito transversal en esta administración del el Estado, bien vale la pena retomar los intentos que específicamente en el sector salud se han vivido, para planificar la respuesta ante las necesidades básicas de los ecuatorianos y ecuatorianas, en un país como el nuestro que por su alta vulnerabilidad a la ocurrencia de desastres es necesario caminar hacia la gestión del riesgo.

Es precisamente por lo ya mencionado y por la experiencia recientemente vivida ante la Pandemia de AH1N1, que en el presente trabajo se ha considerado proponer un Sistema de Respuesta del Sector Salud ante una Pandemia en la Provincia del Guayas, delimitando las funciones de los diferentes actores del sector, a más de la articulación de la respuesta relacionada con la capacidad instalada, manejando un lenguaje común y que con la Rectoría del Ministerio de Salud; y a través de la implementación de una herramienta técnica administrativa coadyuve a mitigar el impacto en salud de una pandemia en la población de la provincia del Guayas, así como optimizar los recursos existentes a través de la instrumentación oportuna del mismo, que logre la unificación de todos los esfuerzos.

**CAPÍTULO I**  
**GENERALIDADES**

## 1. Planteamiento del problema

Existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población pobre que vive en zonas rurales. El principal problema que tienen las redes de salud es la escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada de nivel cantonal y provincial. Los médicos de MSP están contratados por 4 horas/día, y pese a que los salarios han mejorado tanto para los médicos de 4, como para los médicos de 8 horas, sigue siendo insuficiente la cantidad de profesionales para atender la demanda de servicios de atención médica, que tiende a incrementarse durante el invierno, más aun si volviéramos a enfrentar una pandemia como la experimentada con Influenza AH1N1.

En las áreas rurales, el manejo también es complejo, ante la limitada cantidad de médicos, siempre queda abierta la posibilidad de movilizar profesionales del sector urbano, pues los profesionales que se encuentran realizando la medicatura rural, que suman esfuerzos, no son suficientes, el buen manejo de los recursos y una respuesta organizada, mediante un sistema socializado en cada actor empoderado en su rol ofrezca lo programado en tiempos adecuados.

En América Latina se está generando la cultura de Gestión de Riesgos, por lo tanto se pretende reducir riesgos ocasionados por fenómenos naturales y causados por la actividad humana, lo cual nos han dejado lecciones aprendidas.

Para el manejo adecuado de una pandemia, es oportuno crear herramientas basadas en la experiencia, mejoradas y articuladas con los diferentes actores.<sup>1</sup>

El sector salud en la provincia del Guayas está formado por un conglomerado de instituciones, cada una con formatos diferentes a utilizar en el momento de la respuesta, lo que generalmente dificulta el desarrollo de la misma. Un manual que sirva para implementar acciones del sector salud ante una pandemia a nivel de la provincia sería una útil herramienta en la Dirección Provincial de Salud del Guayas.

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, Acciones para contener la transmisión de influenza A(H1N1). México 30 de Abril de 2009.

## **1.1 Ubicación del problema y contexto**

Tras la declaratoria de Pandemia vivida en el 2009, y tras los marcados aciertos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que solo fueron posibles gracias al relacionamiento, a la planificación, al tiempo y a los recursos dedicados a preparar a la población, es menester que cada uno de los niveles se organice, de manera tal que la administración de las respuestas oportunas, muestre como un accionar unificado y articulado, como en la pasada experiencia, propendiendo a que los resultados mejoren en su efectividad.

En el sector salud del Ecuador se han realizado acciones preparatorias para enfrentar una pandemia, como fue el caso de la gripe aviar y ante el riesgo de ocurrencia de una posible pandemia de Influenza, con el apoyo técnico de la OPS/OMS el país desarrolló y/o actualizó sus planes nacionales de preparación ante esta amenaza. Estas herramientas fueron de mucha utilidad, pues especifican las directrices para cada una de las fases de Pandemia de gripe.<sup>2</sup>

Es oportuno el momento para continuar en el camino hacia mejorar los planes y obtener una respuesta articulada del sector salud, direccionando la elaboración de guías técnicas que faciliten la respuesta en niveles provinciales, cantonales y parroquiales; en este caso puntual, hacemos referencia al accionar de las Direcciones Provinciales de Salud tomando como objeto de la propuesta a la Provincia del Guayas, representativa por su densidad demográfica y características varias que la sitúan como una de las más complejas del país.

### **1.1.1 Causas y Consecuencias del Problema:**

La complejidad de la provincia en todos los temas no es la excepción en el manejo de la salud, existen extremos tan marcados en los niveles de vida en la ciudad, que podemos encontrar áreas con acceso a más de una opción de prestación en salud, así como es una realidad la falta de cobertura en sectores suburbanos.

En las áreas rurales es más evidente la dificultad del acceso a la salud en sectores que por las características de ubicación, representan un problema para recibir atención médica, pese a la implementación del Nuevo modelo de atención en salud iniciado por los

---

<sup>2</sup> Ministerio de Salud Pública. Guía Operativa de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Tipo de Influenza (ETI) e Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG), Ecuador, mayo 2008

Equipos Básicos de atención en Salud, quienes tienen como principal actividad, el brindar atención oportuna y realizar seguimiento a los pacientes en sus domicilios.

Pese a que se diseccionan esfuerzos mayores y se fortalece la educación para la salud, la población cada vez crece más y se debe continuar luchando contra la renuencia a seguir medidas de higiene, personal, domiciliaria, etc. que propenden a un ambiente saludable y lo más importante evitar contagios.

La débil iniciativa de los niveles operativos para mantener coordinaciones específicas, la falta de informes concretos o rendición de cuentas a los niveles operativos probablemente son un factor que dificulta la implementación de una respuesta aun más efectiva.

### **1.1.2 Delimitación del Problema**

La Dirección provincial de Salud del Guayas, en el nivel técnico que corresponde tuvo un buen desempeño durante la respuesta ante la declaratoria de pandemia por AH1N1; no obstante, podría mejorar los niveles de respuesta en virtud de los tiempos, organización y recopilación de información precisa, no solo desde el punto de vista epidemiológico. Además se controlarían mejor los recursos utilizados en general, y se pueden costear una vez que el escenario ha disminuido su intensidad.

En este nivel, las áreas técnicas y administrativas del MSP responden de acuerdo a las responsabilidades habituales, y cada una en formatos adaptados a su ejercicio regular, situación que podría mejorar, si existiera una herramienta adecuada que estandarice la respuesta y los tiempos de ejecución de actividades específicas de cada una de las áreas involucradas.

### **1.1.3 Planteamiento del Problema o formulación**

Preparar al Sector Salud ante una posible pandemia de Influenza en la provincia del Guayas, considerando que al momento se cuenta con directrices institucionales, que deben ser mejor socializadas a los actores del sector, debido a que la respuesta del sector salud, no está protocolizada ante situaciones tales como una pandemia.

Además del aeropuerto y las implicaciones del caso, por tener un puerto marítimo, la provincia del Guayas, recibe embarcaciones de todo el mundo, convirtiéndose en una puerta de entrada para diferentes agentes, etiológicos que pueden generar una pandemia.

Por la experiencia vivida con la pandemia por influenza AH1N1, se evidenció la necesidad de coordinar un adecuado manejo de la información y comunicación.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo general**

Elaborar una herramienta técnica administrativa para la adecuada respuesta del sector salud ante una pandemia, con la finalidad mitigar el impacto en salud que producirá una pandemia en la población de la provincia del Guayas, bajo la rectoría del MSP, a través de la Dirección Provincial de Salud del Guayas.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Identificar la red de servicios de salud en la provincia y su capacidad de respuesta.
- Establecer lineamientos para generar un plan de contingencia específico para situaciones tales como una pandemia.
- Establecer lineamientos para generar un plan comunicacional específico para estos casos. Proponer una herramienta técnica para mejorar la respuesta de la dirección provincial de Salud del Guayas, ante una pandemia.
- Proponer una herramienta técnica para mejorar la respuesta del sector salud, ante una pandemia, que funcione bajo la rectoría del Ministerio de salud Pública, a través de la Dirección Provincial de Salud del Guayas. de la Dirección Provincial de Salud del Guayas, ante una pandemia.
- Socializar la utilización de protocolos de atención generados de acuerdo al incremento de la demanda por ejemplo ante una pandemia.

### **1.2.3 Justificación**

Una estructura organizativa para un tema específico como lo es el de la pandemia, como el propuesto, puede ser aplicada a la mayoría de las probabilidades de agentes a los que nos encontramos expuestos y que podrían generar una pandemia. Por la capacidad instalada y por la experiencia adquirida, es fácilmente adaptable a la Provincia del Guayas. Esta estructura una vez implementada adecuadamente, puede ampliarse de

una forma lógica a partir de una situación de respuesta inicial y debe tener elementos básicos comunes en cuanto a organización, terminología y procedimientos, esto permitirá la respuesta articulada, optimizando recursos y los tiempos. Es importante recordar que la demanda cotidiana de los servicios de Salud, es un tema complejo de manejar. Debemos propender a que la activación del Sistema de Respuesta del Sector Salud (SRSS), debe causar la menor interrupción posible a los sistemas existentes, debe ser eficaz en satisfacer todos los requisitos mencionados y lo bastante simple como para mantener los costos operacionales relativamente bajos.

El desconocimiento de la articulación y operativización de las actividades que cada actor del sector salud en la Provincia del Guayas debe tener presente en situaciones tales como la de una pandemia, genera un retraso innecesario en la puesta en marcha de planes ya establecidos por las instituciones. Probablemente el desconocimiento es parcial porque se debe enfatizar en la identificación del rol de cada uno, esta aclaración debe enmarcarse en la capacidad instalada de cada institución pensando no solo en lo que se debe si no en lo que la realidad permitirán realizar, las existencias de recursos que se hallan preparado. Un sistema de de respuesta del sector salud ante una pandemia focalizada en la provincia del Guayas, sería la herramienta que una vez oficializada, y socializada, acortaría los tiempos, facilitaría la administración de los recursos, en caso de enfrentarnos nuevamente a la ocurrencia de una Pandemia.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Organización Mundial de Salud, Definiciones de caso de Influenza A(H1N1), 30 de Abril 2009.

**CAPÍTULO II**  
**ENFOQUE Y MARCO CONCEPTUAL**

## 2. ENFOQUE Y MARCO CONCEPTUAL.

La Carta Magna dispone en el Artículo 389 que el Estado protegerá a las personas, las colectividades y la naturaleza frente a los efectos negativos de los desastres de origen natural o antrópico mediante la prevención, ante el riesgo, la mitigación de desastres, la recuperación y mejoramiento de las condiciones sociales, económicas y ambientales, con el objetivo de minimizar la condición de vulnerabilidad.

La Constitución de la República del Ecuador dispone: “Artículo 32.- La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

Amparados en la Constitución y por el quehacer propio de la institución sobre la que recae la parte más importante de la respuesta, en el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública apegado a las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como referente, una vez declarada la Fase 6 o pandemia, enuncia que se debe reconocer que la propagación del microorganismo se ha extendido a nivel mundial. “La Representación de la OPS/OMS en el Ecuador fue creada en 1951 y desde entonces coopera técnicamente, en estrecha coordinación con el Ministerio de Salud, con otras instituciones del sector salud y afines en los sectores públicos y privados. La cooperación tiene como modalidad de trabajo, proyectos técnicos, con un enfoque transversal de equidad de género e interculturalidad, comunicación social, vigilancia sanitaria y atención de las enfermedades y en torno a generar la cultura de la gestión del riesgo, trabaja en el Programa de Preparativos frente a Desastres”.<sup>4</sup>

Ante esta situación, el país pasa a incorporar entre sus estrategias las actividades de mitigación de acuerdo al Plan Nacional de Contingencia. Esta fase de Mitigación consiste en disminuir el impacto del evento (baja letalidad, disminuir la rapidez de propagación); de la misma manera se implementarán las estrategias de acuerdo a la fase de pandemia en la que se encuentre el país. El MSP brindará orientaciones a la comunidad e informará de manera permanente, recalcando e insistiendo en las medidas de protección que se deben asumir, tales directrices se emanarán desde la máxima autoridad en salud

---

<sup>4</sup> Jefferson T, Foxlee R, Del Mar C, Dooley L, Ferroni E, Hewak B, Prabhala A, Nair S, Rivetti A (2008). Intervenciones para frenar o reducir la propagación de virus respiratorios. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2. <http://www.update-software.com>

del país, hacia las regiones, provincias, áreas de salud, cantones y comunidades en general, quienes deben organizarse de acuerdo a lo que se establecido.

## **2.1 Tipos de emergencia**

### **Emergencias externas:**

Son las generadas ya sea por amenazas antrópicas o naturales que afectan la comunidad y que demandan la intervención oportuna y eficaz de las instituciones de salud, con el fin de disminuir su impacto y sus consecuencias a mediano y corto plazo.

### **Emergencias internas:**

Son generadas por amenazas antrópicas ó naturales que dependiendo de la vulnerabilidad de la institución pueden ocasionar daños o perdidas en la institución de salud, los pacientes y/o el personal de la misma. Dentro de los aspectos a considerar debemos tener en cuenta: la vulnerabilidad estructural y no estructural de la institución, las condiciones biosanitarias y las condiciones de seguridad industrial.

### **Emergencias institucionales:**

Son causadas por situaciones de origen socio- organizativo o normativo que generan alteración del desempeño de la institución en su función de servicio público esencial. Dentro de ellas podemos citar los conflictos laborales, sobrecupo institucional o situaciones especiales como el ingreso de funcionarios públicos ó personas que requieran un alto nivel de seguridad.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias, Manuales y Guías sobre desastres, Organización Panamericana de la Salud, Agosto 2002.

### **2.1.1 Grados de compromiso de las emergencias**

En concordancia con la magnitud del desastre, se definen los niveles de preparación que irán desde la autosuficiencia, hasta la solicitud de ayuda externa, así:

NIVEL I.- Los recursos humanos y físicos disponibles son suficientes para enfrentar la situación.

NIVEL II.- Es necesario convocar todos los recursos para atender eficazmente la situación.

NIVEL III.- Se sobrepasa la capacidad, y es necesario solicitar apoyo externo.

### **2.1.2 Protocolo para la atención de emergencias y desastres en el sector salud.**

#### **2.1.2.1 Manejo de las alertas**

Las alertas de emergencias se manejan de conformidad con lo estipulado por la Dirección Nacional de Epidemiología y tomando en cuenta las recomendaciones de OMS, y el sistema de Defensa Civil.

Las actividades a realizar son:

#### **Alerta Blanca:**

- Vigilancia y seguimiento

#### **Alerta Verde:**

- Planificación de la DIPLASEDE (Dirección de Planeamiento para el desarrollo de la seguridad)
- Conformación del COE-S (Comité Operativo De Emergencias De Salud) de DIPLASEDE.
- Conformación de los COE-S a nivel Nacional.
- Capacitación a funcionarios de Planta Central del MSP y Direcciones provinciales de salud (DPS).
- Conformación de los Equipos de Pronta Respuesta (EPR)

#### **Alerta Amarilla:**

- Activación de los COE-S.
- Ejecución de ejercicios de Simulación

**Alerta Naranja:**

- Activación del Plan de la DIPLASEDE.

**Alerta Roja:**

- Activación del Plan de Seguridad Nacional.
- Coordinación directa con el COSENA (Consejo de Seguridad Nacional)

**2.2 Provincia del Guayas**

La provincia Del Guayas es un colectivo humano, social, histórico y étnicamente diverso. Desde el pasado y en el presente mundo globalizado debemos entenderla como un proyecto histórico y social, construido y tejido, individual y colectivamente, por una comunidad de emprendedores que tiene una larga tradición marítima y fluvial, agromercantil y exportadora. Por eso, el campo y la ciudad forman parte de una unidad inseparable que caracteriza nuestra historia.

Situados en la costa y en el interior de la región litoral se caracteriza y define una acción telúrica de mar, golfo, ríos y puertos que hace de nosotros, hombres abiertos al diálogo, unitarios y autónomos, proclives al cambio y a la vida moderna. Una influencia natural, climática y tropical marca nuestras vidas, que se expresan en referentes étnicos, caracterizados por un interminable mestizaje.

**2.2.1 Limites**

Norte: Provincias de: Manabí y Los Ríos

Sur: Provincia de El Oro y Golfo de Guayaquil

Este: Provincias de: Los Ríos, Chimborazo y Cañar

Oeste: Provincia de Manabí y Océano Pacífico

**2.2.2 División administrativa**

Guayas está dividido en 25 cantones, que a su vez están conformados por parroquias, las cuales en total suman 50 parroquias urbanas y 35 parroquias rurales. Cada uno de los cantones es administrado a través de una municipalidad o un consejo cantonal, los cuales son elegidos por la población de sus respectivos cantones. La responsabilidad de estos cantones es administrar las cortes judiciales regionales, realizar el mantenimiento de carreteras y autopistas, administrar los presupuestos del Estado para programas de

asistencia social y económica, y administrar, en ciudades menores, infraestructuras tales como parques, distritos escolares y sistemas de saneamiento básico.



Fig. N°1 Mapa de la de la Provincia del Guayas

### 2.2.3 Demografía

El Ecuador se encuentra situado en la costa noroeste de América del Sur, con una extensión territorial de 256,370 km<sup>2</sup>, cuenta con siete regiones de administración territorial y 24 provincias integradas por 219 cantones, 779 parroquias rurales y 395 parroquias urbanas.

Según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) para el año 2008, la proyección de población fue 13'805,095 habitantes con 6'919.185 hombres (50,1%) y 6'885.910 mujeres (49,9%). El 65,1% de la población vive en zonas urbanas, con una densidad de 52,3 habitantes por km<sup>2</sup>. El 80% de la población se definió, según auto identidad étnica, como mestiza; 7% como indígena, 5% como afro ecuatoriana y 8% como blancos.

En el año 2007, el porcentaje de pobreza a nivel de país fue de 38% (12% en extrema pobreza), sin embargo, para quienes se autodefinen como indígenas y afroecuatorianos, la pobreza estuvo por encima de la media nacional 68% y 43% respectivamente, al igual que para los habitantes rurales (62%). Para el mismo año, la tasa de analfabetismo se ubica en 9%, con notables disparidades por género: mientras que 11 de cada 100 mujeres mayores de 15 años no saben leer y/o escribir; esta cifra se reduce a 7 para los hombres.

Las provincias son entidades e identidades socioeconómicas, geopolíticas y culturales creadas y recreadas históricamente por sus diferentes integrantes. Junto a estos aspectos esenciales de la vida también hay una identidad regional y local que se ha hecho y se ha procesado en el tiempo. Se manifiesta en su conciencia social y en su centenaria memoria histórica que la tienen y recrean todas y cada uno de sus integrantes.

La provincia del Guayas, cuenta con una cantidad poblacional de 3.432.447 habitantes distribuidos en áreas urbanas y rurales.<sup>6</sup>

El cuadro N° demuestra la cantidad de habitantes en la Provincia del Guayas, 3.432.447, de los cuales: 2.851.709 corresponden a la población urbana y 580.738, además se detallan indicadores demográficos comparativos entre Ecuador y la Provincia.

---

<sup>6</sup> Dirección Provincial de salud del Guayas, Departamento de Estadística.

Cuadro N° 1

## POBLACION DE LA PROVINCIA COMPARACION ECUADOR - GUAYAS

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DEL GUAYAS INDICADORES DEMOGRÁFICOS COMPARATIVOS ECUADOR Y GUAYAS		
DATOS	ECUADOR	GUAYAS
<b>Población Total (Año 2009)</b>	14.005.449	3.432.447
Población Urbana		
N°	9.202.590	2.851.709
%	65,7	83,1
Población Rural		
N°	4.802.859	580.738
%	34,3	16,9
<b>Sexo (Año 2009)</b>		
Hombres		
N°	7.026.534	1.719.999
%	50,2	50,1
Mujeres		
N°	6.978.915	1.712.448
%	49,8	49,9
<b>Natalidad (Año 2007)</b>		
Nacidos Vivos	195.051	50.932
Tasas por 1.000 habitantes	14,3	14,1
<b>Mortalidad General (Año 2007)</b>		
Defunciones Totales	58.016	15.205
Tasas por 1.000 habitantes	4,3	4,2
<b>Mortalidad Infantil (Año 2007)</b>		
Defunciones < 1 año	3.529	1.111
Tasas por 1.000 nacidos vivos	18,1	21,8
<b>Mortalidad Materna (Año 2007)</b>		
Defunciones maternas	176	31
Tasas por 100.000 nacidos vivos	90,2	60,9
<b>Mortalidad Neonatal (Año 2007)</b>		
Defunciones < 28 días	2070	786
Tasas por 1.000 nacidos vivos	10,6	15,4
<b>Precoz</b>		
Defunciones < 7 días	1472	537
Tasas por 1.000 nacidos vivos	7,5	10,5
<b>Tardia</b>		
Defunciones 7 a 27 días	598	249
Tasas por 1.000 nacidos vivos	3,1	4,9
<b>Mortalidad Perinatal (Año 2007)</b>		
Def <7 días+ Def. fetales de 37 y + semanas de gestación	2141	772
Tasas por 1.000 nacidos vivos	11,0	15,2
<b>Defunciones Fetales (Año 2007)</b>		
Nacidos muertos	2.151	827
Tasas por 1.000 nacidos vivos	11,0	16,2

Fuente INEC 2009

Elaboración: Departamento de Estadística e Informática DSPG

## 2.2.4 Clima

La influencia de las corrientes marinas fría de Humboldt y cálida de El Niño producen que el clima de la provincia del Guayas sea del tipo tropical sabana y tropical monzón, con temperaturas elevadas durante la mayor parte del año. Cerca de sus balnearios la evaporación es superior a las precipitaciones, ocasionando que la zona sea seca, casi desértica. La temperatura promedio es de 25°C aproximadamente.

La provincia, al igual que todo el Ecuador, tiene dos estaciones: Invierno o época de lluvias, la cual comprende una temporada de enero a mayo aproximadamente; y el verano o época seca que va desde junio hasta diciembre.

## 2.3 Organización en Salud

“ La estructura del sector salud en Ecuador, está claramente segmentada, existen múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud, Seguro Social IESS, ICS, ONG, etc. La cobertura de la seguridad social es relativamente baja (IESS 10% y Seguro Campesino 10%) y la red asistencial pública muy limitada quedando aproximadamente sin cobertura un 30% de la población. Otros prestadores que cubren pequeñas cuotas de aseguramiento son: la Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y los servicios de la Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional

En función del nuevo modelo de organización del estado, el Ministerio de Salud se encuentra ubicado en el nivel dos, caracterizado por una alta desconcentración y baja descentralización, teniendo como facultades las siguientes:

- 1.- Rectoría
- 2.- Regulación
- 3.- Planificación
- 4.- Coordinación
- 5.- Gestión y
- 6.- Control<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Perfil – Sistema de Salud Ecuador (pdf) 2008

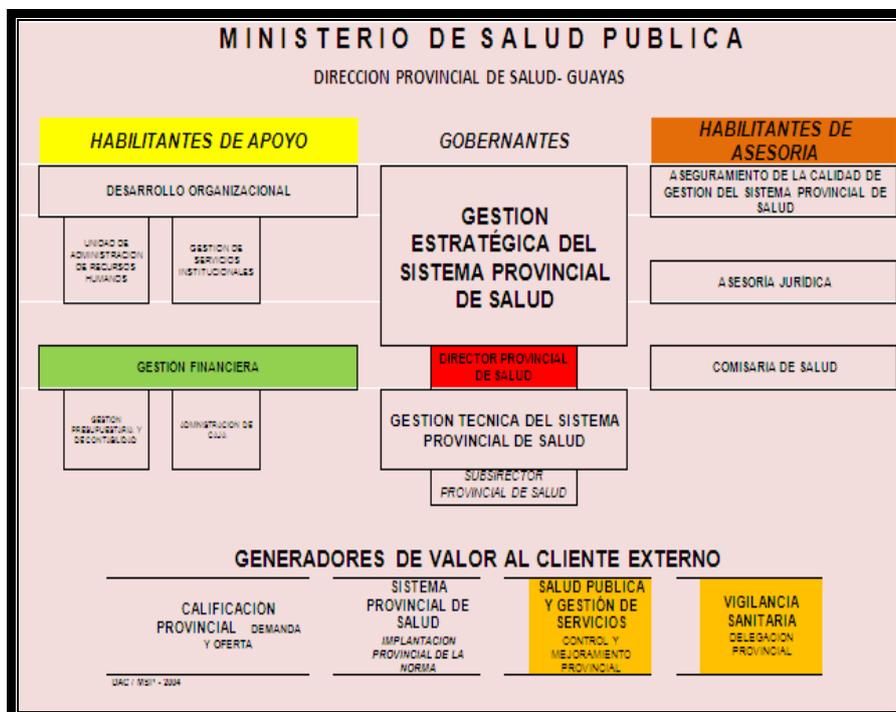
### 2.3.1 Red de Servicios del Ministerio de Salud Pública

La red de servicios de salud dependiente del Ministerio de Salud Pública (MSP) se estructura de forma regionalizada con dos niveles de desconcentración: el provincial (direcciones provinciales de salud) y cantonal (áreas de salud). Las áreas de salud no siempre coinciden con la delimitación del cantón, debido a que el seccionamiento obedece a densidades poblacionales que justificaron hace treinta años la apertura de unidades de salud en los lugares en los que funcionan en la actualidad.

El Sistema de Salud del Ecuador se caracteriza por su segmentación. Como en otros países andinos de la zona, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres.

**Cuadro N° 2**

#### **Organización por Procesos de la Dirección Provincial de Salud del Guayas**



Fuente: Dirección Provincial de Salud del Guayas – Coordinación de Recursos Humanos

**Cuadro N°3**  
**Organización por procesos de un área de salud**

<b>MINISTERIO DE SALUD PUBLICA</b>					
<b>PROCESOS DE ASESORIA - AREA DE SALUD</b>					
	<b>PROCESO "ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE GESTION DEL SISTEMA LOCAL"</b>				
	PLAN ESTRATEGICO APROBADO Y EJECUTADO	PLAN OPERATIVO APROBADO Y EJECUTADO	INFORMES CONSOLIDADOS DE GESTION DEL PROCESO GOBERNANTE	INFORMES CONSOLIDADOS DE GESTION DE LOS PROCESOS DE APOYO	INFORMES CONSOLIDADOS DE GESTION DE LOS PROCESOS DE ASESORIA
	INFORMES CONSOLIDADOS DE GESTION DE LOS PROCESOS GENERADORES DE VALOR	INFORMES CONSOLIDADOS DE LAS SALAS SITUACIONALES	REPORTES DEL SISTEMA COMUN DE INFORMACION	INFORMES CONSOLIDADOS DE CUMPLIMIENTO DE LOS CONVENIOS Y COMPROMISOS DE GESTION	PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EJECUTADO
	DAC / MSP - 2004				
	<b>PROCESOS GENERADORES DE VALOR AL CLIENTE EXTERNO - AREA DE SALUD</b>				
	<b>PROCESO "CALIFICACION LOCAL de demanda y oferta en salud"</b>				
	LINEA DE BASE DE LA DEMANDA CONSOLIDADA	LINEA DE BASE DE LA OFERTA CONSOLIDADA	INFORMES CONSOLIDADOS DE MODELOS EXPERIMENTALES DE RESPUESTA	INFORMES CONSOLIDADOS DE SATISFACCION DE LOS CLIENTES INTERNO Y EXTERNO	PLAN DE CONTROL Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EJECUTADO
	<b>PROCESO "SALUD PUBLICA operativización - control - mejoramiento"</b>				
<b>Sub proceso "Promoción de la salud"</b>	PLAN DE INFORMACIÓN, EDUCACION Y COMUNICACIÓN EJECUTADO	PLAN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EJECUTADO	PLAN DE ESCUELAS SALUDABLES EJECUTADO	PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL EJECUTADO	PLAN DE POLITICAS SALUDABLES EJECUTADO
<b>Sub proceso "Epidemiología"</b>	PLAN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EJECUTADO	INFORMES CONSOLIDADOS DE PROGRAMAS PRIORITARIOS	PLAN DE CONTROL DE RIESGOS EJECUTADO	PLAN DE CONTROL DE ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES	PLAN DE ALERTA ACCION EJECUTADO
	<b>PROCESO "SERVICIOS DE SALUD operativización - control - mejoramiento"</b>				
	INFORMES CONSOLIDADOS DE TRIAGE	CONSULTAS REALIZADAS	PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	INTERCONSULTAS REALIZADAS	POSTCONSULTAS REALIZADAS
<b>Sub proceso "Emergencia"</b>	INFORMES DE INGRESO A OBSERVACION	TRATAMIENTO MEDICO REALIZADO EN OBSERVACION	INFORME DE EXAMENES REALIZADOS EN OBSERVACION	INFORMES DE ORDENES DE REFERENCIA ENTREGADAS	INFORMES DE ORDENES DE ADMISION ENTREGADOS
	INFORMES DE ORDENES DE EXONERACION O COBRO ENTREGADAS	INFORMES DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS	PLAN DE CONTINGENCIA EN EMERGENCIA APROBADO	INFORME DE AUDITORIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA	PLAN DE CONTROL Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EJECUTADO
<b>Sub proceso "Consulta externa"</b>	INFORMES DE TRIAGE	PRECONSULTA REALIZADA	CONSULTA REALIZADA	INTERCONSULTA REALIZADA	PROCEDIMIENTO REALIZADO
	POSTCONSULTA REALIZADA	INFORMES DE ORDENES DE ADMISION EJECUTADAS	INFORME DE MEDICAMENTOS E INSUMOS UTILIZADOS	TRATAMIENTOS DE FISIOTERAPIA Y REHABILITACION REALIZADOS	INFORMES DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ENTREGADOS
	INFORME DE AUDITORIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA	INFORME DE AUDITORIA MEDICA Y CLINICA	INFORME DE PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	PLAN DE EDUCACION PARA CLIENTES EJECUTADO	PLAN DE CONTROL Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EJECUTADO
<b>Sub proceso "Hospitalización del día"</b>	INFORMES DE ADMISION REALIZADOS	TRATAMIENTO MEDICO REALIZADO	INTERVENCIONES QUIRURGICAS REALIZADAS	INFORMES DE ANESTESIAS ADMINISTRADAS	INFORMES CONSOLIDADOS DE RECUPERACION
	INTERCONSULTAS REALIZADAS	PARTOS ATENDIDOS	LEGRADOS REALIZADOS	INFORMES DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y SUMINISTROS UTILIZADOS	CENSO DIARIO CONSOLIDADO
	INFORMES DE EXAMENES RECIBIDOS	INFORMES CONSOLIDADOS DE EGRESOS DIARIOS	INFORMES CONSOLIDADOS DE AUDITORIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA	INFORMES CONSOLIDADOS DE AUDITORIA MEDICA Y CLINICA	PLAN DE CONTROL Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EJECUTADO
<b>Sub proceso "Servicios técnicos de diagnóstico"</b>	INFORMES DE TOMA Y RECIBO DE MUESTRAS REALIZADO	INFORMES DE DETERMINACIONES DE LABORATORIO CLINICO REALIZADAS	PLAN DE ADQUISICIÓN Y UTILIZACION DE REACTIVOS E INSUMOS EJECUTADO	INFORMES DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS Y ECOGRAFICOS REALIZADOS	PLAN DE ADQUISICION DE PLACAS RADIOGRAFICAS E INSUMOS EJECUTADO

Fuente; MSP – Dirección Provincial de Salud del Guayas

El MSP, desde el nivel central, mantiene una organización por procesos, que en la dirección provincial de salud responde al detalle que se observa en el cuadro N°2.

Las unidades de salud a través de la planificación operativa anual (POA) , detallan y presupuestan actividades para consolidarlas a nivel de provincia, de la misma forma se reportan a las unidades de: Recursos Humanos, Financiera, Administrativa, y los representantes de cada una de las áreas de salud #32 para la provincia del Guayas, deben trabajar coordinadamente con el director provincial de salud, como se detalla en el Cuadro N° 3.

### **2.3.1.1 Reforma del Sector Salud**

Desde 1995 se ha venido desarrollando en Ecuador un proceso de Reforma del Sector Salud, asentado sobre un proceso de descentralización y transferencia de funciones del MSP a las Municipalidades que lo soliciten, actualmente, no existen consensos completos entre los diversos actores de cómo llevar adelante dicho proceso de descentralización. Esta situación, unida a la reducción muy importante de los recursos asignados al sector salud, ha repercutido en la calidad de atención, niveles de coberturas de servicios que no responden adecuadamente a las necesidades sentidas y a la realidad epidemiológica de poblaciones, especialmente en aquellas zonas paupérrimas. pesar de ello, tanto el MSP como el Consejo Nacional de Salud han reconocido esta situación de crisis y están comprometidos en llevar a delante el proceso de reforma del sector a nivel central y hacer lo necesario a fin de apoyar el proceso de de transferencia de funciones a los gobiernos locales.

Existen leyes en las cuales se apoya la reforma del sector como:

- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud;
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia;
- Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano,
- Programa Nacional de Nutrición y alimentación, y la
- Ley de Descentralización y participación social.

Varias de estas leyes apoyan la descentralización del Sistema Nacional de Salud (SNS), en Sistemas Cantonales de Salud, la participación ciudadana y el aumento de la cobertura. No obstante, el nivel de aplicación de estas leyes es muy reducido debido a inestabilidad política que ha sufrido el país en los últimos años. Como ejemplo de descentralización relativa del SNS se han identificado cuatro cantones o municipalidades:

Cotacachi, Pedro Moncayo, Cuenca y Guamote. Como denominador común destaca el alto grado de organización comunitaria, el apoyo político de las autoridades locales y la gran proporción de población indígena (Quichua). En todos los casos han desarrollado el plan cantonal de salud participativo pero en ningún caso han recibido fondos del Ministerio de Finanzas.

### **2.3.1.2 Políticas de Protección Social**

“ Las políticas del actual Gobierno en el Sector, realizadas a través del Ministerio de Salud Pública, buscan garantizar el derecho a la salud, mediante la promoción de condiciones de vida saludables, fortalecimiento de la participación ciudadana , acceso a servicios de Salud de calidad, mejoramiento de la calidad de la atención, vigilancia epidemiológica y sanitaria, acceso a medicación gratuita.

### **2.3.1.3 Maternidad Gratuita**

La evolución y disminución de las tasas de mortalidad materna están asociadas a la gestión de los servicios de salud. Con la aprobación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia se asignaron recursos financieros, orientados a prestación materna infantil específica, la hipótesis, fue que la barrera más importante a superar era la económica y una vez superada ésta, (prestación materna infantil gratuita), las tasas de mortalidad materna están disminuyendo, lo que es una de las razones para que se haya modificado de ley a programa del MSP. Todo esto con una importante participación de la comunidad a través de Comités de usuarias como órganos de control social de la aplicación de la Ley.

Las prestaciones contemplan: maternidad, salud sexual y reproductiva, detección de enfermedades de transmisión sexual, Atención al recién nacido sano y con patología y a los niños menores de cinco años.

#### **2.3.1.4 Seguridad Alimentaria**

La población soporta una doble carga epidemiológica en la que, por un lado, no se ha solucionado el problema de carencias nutricionales en la infancia, principalmente de menores de 5 años, y por otro, se enfrenta a excesos como el sobrepeso y la obesidad, así como otras Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), relacionadas con la dieta, como una de las primeras causas de mortalidad en la edad adulta.

La correlación geográfica de los problemas de pobreza y la alta prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años muestra una alta coincidencia en las provincias que tradicionalmente han concentrado asentamientos de población indígena, sobre todo en la Sierra.

La amenaza de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, relacionadas con la malnutrición, tiene su manifestación temprana en poblaciones vulnerables y de riesgo social y biológico como escolares y adolescentes. En un estudio nacional realizado por la Universidad Central del Ecuador, se demostró una prevalencia de sobrepeso y obesidad del 14 % en escolares de 8 años del área urbana (5 % para obesidad y 9 % para sobrepeso).

Desde hace varios años se ejecutan programas como: Mi Papilla y Mi bebida, dirigido a madres embarazadas, en períodos de lactancia y niños de entre 6 y 36 meses; Programas tales como el integrado de Micro nutrientes (entrega de Hierro Yodo y Vitamina A) y coordinación con programas como Aliméntate Ecuador para preescolares menores de 5 años.

#### **2.3.1.5 Atención Integral - Equipos Básico de Salud –E.BA.S-**

El Equipo Básico de Salud (E.BA.S) es el responsable de la atención integral de la salud de las personas en un espacio poblacional determinado –localidades urbanas marginales y el área rural-. En la creación de los E.BA.S, se estimó como parámetro básico que se requiere un E.BA.S por cada 1.000 familias a nivel urbano y un E.BA.S por cada 600 familias a nivel rural.

La composición del E.BA.S. es la siguiente:

- Médico familiar y comunitario o Médico general capacitado.

- Enfermera y/o Odontólogo/a, Auxiliar
- Obstetriz, y
- Promotor comunitario.

Conforme a información proporcionada por el MSP, entre la fecha de creación del programa (2006) y el 2008 se llegaron a conformar 1.720 equipos –E.BA.S-; según reporte al 30 de abril del 2009, se encuentran en operación 1.566 equipos.

La información presentada nos permitirá inferir a que regiones se deberá enfocar la promoción, prevención y atención de salud, con el fin de equilibrar y balancear de manera armónica la gestión de salud desde sus niveles de desarrollo. Es conveniente anotar que, los índices de morbilidad y mortalidad infantil, nivel de calidad de servicios de salud, nutrición, cobertura, esperanza de vida entre otros tiene alta correlación estadística con los niveles de atención primaria y la disponibilidad de camas y profesionales de la salud.

#### **2.3.1.6 Atención de Enfermedades Catastróficas**

Se entiende como enfermedad catastrófica a los problemas de salud que cumplan con las siguientes características:

- a) Que impliquen un riesgo alto para la vida de la persona;
- b) Que sea una enfermedad crónica y por tanto su atención no sea emergente;
- c) Que su tratamiento pueda ser programado;
- d) Que el valor de su tratamiento mensual sea mayor a una canasta familiar vital publicada mensualmente por el INEC.

En el Ecuador existen al momento aproximadamente 150.000 personas que padecen de las enfermedades consideradas como catastróficas agudas y crónicas, que equivale a una cifra mayor al 15% de todos los egresos hospitalarios considerados en el rango de estas enfermedades a nivel nacional y que esperan por tratamiento y ayuda urgente; Existe una cifra alarmante de enfermedades congénitas del corazón, de cáncer, de insuficiencia renal, los pacientes que requieren de diálisis al momento son 3.000 aproximadamente, y de ellos alrededor de 700 son potenciales candidatos a trasplante renal.

La Constitución de la República del Ecuador en el Art. 50, señala que “El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.”

La “Red de Protección Solidaria del MIES y el MSP, surgió para Apoyo Emergente en Situaciones Catastróficas Individuales a Personas y Hogares Ecuatorianos”, cubrirá a todas y todos los ecuatorianos y extranjeros residentes en territorio ecuatoriano que lo requieran.

Los beneficiarios del Componente serán todas las personas que padezcan alguna de las enfermedades catastróficas y discapacidades establecidas por el programa para su atención, y que estén siendo atendidas dentro del sistema público. <sup>8</sup>

#### **2.3.1.7 Medicamentos Gratuitos**

Con el propósito de disminuir complicaciones de la morbilidad prevalente en el país.

Disminuir la demanda evitable de servicios de hospitalización, el Ministerio se propone mejorar el acceso y disponibilidad de medicamentos a la población propiciando la gratuidad de los mismos, utilizando programas de medicamentos genéricos establecidos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos en especial los enfocados a cubrir las demandas que el perfil epidemiológico nacional así lo exige.

#### **2.3.1.8 Gratuidad Progresiva de los Servicios de Salud**

La gratuidad progresiva de los servicios de salud pretende cumplir con el art. 362 de la Constitución, que establece la obligatoriedad de que los servicios públicos estatales de salud sean universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Esta política debe ser establecida de forma progresiva pues requiere una inversión inmensa de recursos que deben ser gestionados e implementados a corto y mediano plazos.

---

<sup>8</sup> Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Ro/ 670 de 25 de septiembre 2002

## **2.3.2 Programas prioritarios**

### **2.3.2.1 Programa de Inmunizaciones (PAI)**

Este programa, tiene como meta, lograr coberturas universales de vacunación con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles a la población menor de 5 años, cuyos objetivos principales son:

- Consolidar la certificación de la erradicación de la Poliomieltis.
- Mantener una incidencia de menos de un caso de tétano neonatal por 1000 nacidos vivos en cada municipio.
- Reducir la mortalidad y morbilidad por Meningitis tuberculosa, difteria, tosferina, rubéola y rubéola congénita. Neumonías, meningitis y epiglotitis por Haemophilus Influenza tipo B y Fiebre Amarilla.
- Garantizar la vacunación gratuita y obligatoria a toda la población ecuatoriana objeto del PAI.
- Controlar problemas de salud pública que se puedan intervenir a través de la vacunación.
- Implementar y mantener un sistema único de información oportuno y flexible que permita la toma de decisiones en todos los niveles.

### **2.3.2.2 Programa de enfermedades transmitidas por Vectores**

El programa tiene por objeto reducir los riesgos y mantener bajo control epidemiológico las enfermedades transmitidas por vectores tales como el Paludismo, Dengue, Oncocercosis, Enfermedad de Chagas, Leishmaniosis y otras.

Como objetivos específicos podemos señalar que busca:

- Continuar el perfeccionamiento del control de las enfermedades mediante acciones del Programa y de la comunidad, que incrementen la eficacia y reduzcan los gastos directos e indirectos de la población y los riesgos ambientales por el uso de insecticidas.

- Incrementar la calidad y cobertura de los sistemas de vigilancia epidemiológica con mediciones del impacto sobre las enfermedades y riesgos, evaluados mediante controles de calidad propios y externos al programa.
- Contribuir a la disminución de los riesgos de enfermedad y muerte de la población, mediante acciones que incrementen la seguridad ambiental, reduzcan el contacto con agentes o vectores de enfermedad, favorezcan la educación sanitaria, basada en la eliminación de riesgos, y la incorporación de la autoridad municipal y la población en el auto cuidado de la salud.
- Privilegiar la prevención sobre el control.

### **2.3.2.3 Programa de Control y Vigilancia Epidemiológica**

Prevenir y Controlar las enfermedades de alto impacto epidemiológico, en especial aquellas constituidas como problemas de salud pública tales como las enfermedades infectocontagiosas, VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, malaria, dengue, chagas, zoonosis, tuberculosis, leishmaniasis, problemas de salud mental entre otras que permitan disminuir la morbilidad en las población ecuatoriana y garantizar una vida y ambiente saludable a través de medidas de promoción de hábitos y estilos de vida saludables y prevención para el acceso a agua segura, eliminación adecuada de los desechos y uso o manejo sustentable del suelo.<sup>9</sup>

A efecto de controlar de manera rigurosa los casos de las diferentes enfermedades, se han identificado aquellas que por su morbilidad, se ubican como enfermedades de notificación obligatoria. Cuadro N°4

---

<sup>9</sup> MSP - Enfermedades y eventos de notificación obligatoria sujetas a vigilancia epidemiológica epidemiología EPI -2 (diez primeras causas de morbilidad por provincias - 2007)

**Cuadro N°4**  
ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

<b>1. Enfermedades Tropicales</b>	Herpes genital
Dengue	Hepatitis B
Dengue hemorrágico	Otras enfermedades venéreas
Morbilidad palúdica	<b>5. Enfermedades de la piel</b>
Mordedura de serpientes	Lepra
Oncocercosis	Leshmaniasis
Paludismo	Franbesia-Pian
Tripanosomiasis	<b>6. Enfermedades Zoonosicas</b>
<b>2. Enfermedades transmitidas por agua</b>	Peste
Cólera	Teniasis
Enfermedades diarreicas	Cisticercosis
Fiebre tifoidea	Equinococosis
Hepatitis A	Leptospirosis
Intoxicación alimentaria	Tifus
Salmonelosis	Brucelosis
<b>3. Enfermedades inmunoprevenibles</b>	Fiebre equina
Difteria	Rabia humana
Tosferina	Rabia canina
Tétanos Neonatal	<b>7. Enfermedades respiratorias</b>
Tétanos	Tuberculosis pulmonar
Sarampión + rubéola	Tuberculosis extrapulmonar
Rubéola	Meningitis tuberculosa
Varicela	Paragonimiasis
Parálisis flácida	Infecciones respiratorias agudas
Fiebre amarilla	<b>8. Síndrome meníngeo</b>
<b>4. Enfermedades de transmisión sexual</b>	<b>9. Enfermedades nosocomiales</b>
VIH-SIDA	<b>10. Enfermedades crónicas</b>
VIH	Fiebre reumática
SIDA	Diabetes
Gonorrea	Hipertensión arterial
Sífilis congénita	<b>11. Intoxicaciones por plaguicidas</b>
Sífilis primaria-secundaria	

Fuente; MSP – Dirección Provincial de Salud del Guayas

#### **2.3.2.4 Programa de infraestructura, equipamiento y licenciamiento de los Servicios de Salud**

El MSP asignará el suficiente financiamiento para mejorar la infraestructura de los servicios de salud a través de la construcción de nuevas unidades operativas o las adecuaciones respectivas y además dotar de equipamiento y tecnología que permita mejorar la capacidad resolutoria y de diagnóstico en las unidades operativas que así lo requieran, así como establecer estándares básicos, normas y procedimientos para el adecuado funcionamiento de los servicios de salud, acciones realizadas a través de proyectos específicos que aportan al mejoramiento de la calidad de la atención.

#### **2.3.2.5 Programa de alimentación y nutrición**

El Programa Nacional de Alimentación y Nutrición en lo esencial tiene el propósito de dar cumplimiento a lo establecido en el art. 13 de la Constitución de la República, en consecuencia procura garantizar que las personas y colectividades alcancen el derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con las diversas identidades y tradiciones culturales; paralelamente inscribe sus acciones en la prevención de la malnutrición por déficit (desnutrición) y por exceso (obesidad) así como en vencer las manifestaciones del hambre oculta.

#### **2.3.2.6 Programa de Atención Integral por Ciclos de Vida**

El Programa de Atención Integral de Salud, por Ciclos de Vida como elemento clave de la atención en salud, es el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando

coherentemente, garantizan la atención a las personas, las familias y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud.

El programa considera a la Persona, como centro del modelo y en todos sus ciclos de vida, a la Familia, como estructura social abierta y en constante interacción y a la Comunidad y el Ambiente, no sólo como parte del entorno sino como parte intrínseca de personas y familias.

### **2.3.2.7 Programa de Salud Intercultural**

Este Programa tiene como base la Constitución de la República del Ecuador 2008 en el Título II, Capítulo primero, Capítulo segundo, Sección séptima; Título séptimo, Capítulo primero, Sección segunda y se enmarca en la institucionalidad y operacionalización del Buen Vivir - Sumak Kawsay en la prestación de servicios de salud dentro de Transformación del Sector Salud, mediante un adecuado proceso de fortalecimiento Institucional, posicionándolo Intersectorialmente y Sectorialmente, para llevar adelante la Gestión y Atención de Modelos Plurales de Salud culturalmente pertinentes, así como la inserción de las Medicinas ancestrales y alternativas en el Sistema Nacional de Salud

### **2.3.2.8 Programa de Gestión de Riesgo**

Este Programa tiene como base la Constitución de la República del Ecuador 2008 en el Título VII, Capítulo primero, Sección novena, la Gestión de Riesgo es un proceso complejo que conduce al planeamiento y aplicación de políticas, estrategias, instrumentos y medidas orientadas a impedir, reducir, prever y controlar los efectos adversos de fenómenos peligrosos, naturales y antrópicos sobre la población, en todo lo relacionado con la prestación de los servicios de salud, los bienes, servicios básicos y el ambiente. Acciones integradas de reducción de riesgos a través de actividades de capacitación en prevención, mitigación, preparación, atención de emergencias y recuperación post impacto, identificando los riesgos existentes y potenciales, internos y externos que afecten al Sector Salud (dentro de este al MSP”<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> MSP- CONASA Plan de Acción 2006 – 2008 Política de Salud

### 2.3.3 Presupuesto del MSP

El presupuesto codificado del MSP ascendió en el año 2000 a USD 103 millones de dólares (2.4% del Presupuesto General del Estado-PGE) y en el año 2008 a USD 880,1 millones de dólares. El crecimiento en la asignación presupuestaria al sector es significativo, en especial entre el 2007 y 2008 donde se registra un incremento de 2,4 puntos porcentuales (del 6.1% al 8,5%) cuando se lo relaciona con el PGE.

El gráfico que se presenta a continuación permite visualizar la tendencia del presupuesto del MSP en relación con la PGE:

Gráfico No 1

#### Presupuesto del MSP / Presupuesto General del Estado



Fuente: Ministerio de Salud Pública 2010

### 2.4 Sistema de salud

Se entiende a todos los elementos de una sociedad relacionados directa o indirectamente con la salud. No se limita al llamado Sector Salud e incluye a otros, extrasectoriales como la educación, servicios públicos (agua, drenaje, electricidad,

transporte, etc.), el sistema económico, el político, y en general todos los elementos de la cultura de una sociedad o grupo que inciden en la salud. Los límites geográficos y poblacionales de un sistema de salud son los que dan el carácter de Nacional o Local.

#### **2.4.1 Sistema Local de Salud**

“ Un Sistema Local de Salud, consiste por lo tanto en un conjunto interrelacionado de los recursos de salud, sectoriales y extrasectoriales, responsable de la salud de una población en una región geográfica específica, cuyos límites son casi siempre los de una o varias unidades geopolíticas: delegaciones municipales, municipios o estados.

#### **2.4.2 Sistema de Atención a la Salud**

El Sistema de Atención a la Salud forma parte del sistema de salud y comprende a aquellos elementos de la sociedad que se han diferenciado, formal o informalmente, para atender directamente a la salud.

#### **2.4.3 Sistema Institucional de Servicios de Salud**

El Sistema Institucional de Servicios de Salud (también llamado Sector Salud) es por lo tanto sólo una parte del Sistema de Atención a la Salud, que a su vez es una parte del Sistema Nacional de Salud, que es dirigido según lo establece la ley” <sup>11</sup>.

#### **2.4.4 Niveles y Capacidad Resolutiva**

Las fases se definen con el objetivo de manejar los riesgos para la salud pública ocasionados por la infección de virus en animales, y los cambios de fase se vinculan directamente a los cambios en las actividades y en la respuesta que, desde la salud pública deben plantearse.

Se propone reforzar la vigilancia de los acontecimientos iniciales durante el período de “alerta pandémica” y la detección temprana de la circulación del virus, así como tomar

---

<sup>11</sup> Plan Estratégico del Ministerio de Salud Pública, Periodo 2009 – 2013, Consultoría Privada 2009

medidas de control rápida y coordinadamente a nivel nacional e internacional, para en la medida de lo posible contener o retrasar la difusión de una nueva cepa de la gripe humana. Incluso, aunque no se consiguiera contener la difusión, el retraso en la extensión del virus permitirá ganar tiempo para desarrollar vacunas contra la nueva cepa y poner a punto las medidas de preparación ante la pandemia planificadas con antelación. El éxito de este enfoque dependerá de varios factores, siendo fundamental la vigilancia de infecciones humanas con nuevos subtipos del virus de la gripe.

#### **2.4.5 Marco legal y estratégico sectorial**

El marco legal y estratégico del sector salud se asienta sobre la base del Mandato Constitucional, del Plan Nacional para el Buen Vivir y los Objetivos del Milenio. A continuación se describen los elementos relacionados con la salud en cada uno de estos temas:

##### **2.4.5.1 Mandato constitucional**

“ La Constitución Política de nuestro País, es el marco fundamental que rige los diferentes ámbitos en los que se desarrolla el Estado Ecuatoriano, razón por la cual, a continuación se mencionan los artículos pertinentes a la salud, a saber:

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

**Art. 36.-** Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

**Art. 37.-** El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:  
. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

**Art. 43.-** El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

**Art. 46.-** El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.

Atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad.

**Art. 47.-** El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social.

Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a:

La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.

**Art. 50.-** El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

**Art. 358.-** El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se

guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

**Art. 359.-** El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

**Art. 360.-** El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

**Art. 361.-** El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

**Art. 362.-** La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

**Art. 363.-** El Estado será responsable de:

Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.

Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.

Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.

Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y posparto.

Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.

Promover el desarrollo integral del personal de salud.

**Art. 364.-** Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales.

El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco.

**Art. 365.-** Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.

**Art. 366.-** El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud.

El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos.

Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.

**Art. 385.-** El sistema nacional de ciencia, tecnología, innovación y saberes ancestrales, en el marco del respeto al ambiente, la naturaleza, la vida, las culturas y la soberanía, tendrá como finalidad:

Generar, adaptar y difundir conocimientos científicos y tecnológicos, recuperar, fortalecer y potenciar los saberes ancestrales.

Desarrollar tecnologías e innovaciones que impulsen la producción nacional, eleven la eficiencia y productividad, mejoren la calidad de vida y contribuyan a la realización del buen vivir.

**Disposición Transitoria vigésimo segunda.-** El Presupuesto General del Estado destinado al financiamiento del sistema nacional de salud, se incrementará cada año en un porcentaje no inferior al cero punto cinco por ciento del Producto Interno Bruto, hasta alcanzar al menos el cuatro por ciento.

#### **2.4.5.2 Plan Nacional para el Buen Vivir (Lineamientos de la Política Sectorial)<sup>12</sup>**

El Plan Nacional para el Buen Vivir Desarrollo incluye once Políticas de Estado, relacionadas con salud, con un horizonte de 20 años. Varias de las políticas están inspiradas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El Gobierno Nacional, promueve una serie de políticas que permitirán enfocar los objetivos y estrategias del MSP en su rol rector del SNS, desde la perspectiva del entorno estratégico gubernamental hacia el Plan Estratégico del Ministerio, se resaltan y mencionan a continuación las de mayor pertinencia con el marco gubernamental en el que se desenvuelve el MSP:

##### **Objetivos y políticas**

Objetivo 2: "Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía"

Política 2.1. Asegurar una alimentación sana, nutritiva, natural y con productos del medio para disminuir drásticamente las deficiencias nutricionales.

- a) Integrar los programas estatales dispersos en un programa nacional, que considere la diversidad cultural así como la perspectiva de género y se enfoque en aquellos sectores de población en situación más crítica de mal nutrición, con énfasis en la atención emergente a mujeres embarazadas y niños y niñas con desnutrición grave.
- b) Coordinar adecuadamente los esfuerzos públicos y privados en materia de producción, distribución y comercialización de alimentos.
- c) Promover programas de reactivación productiva enfocados al cultivo de productos tradicionales, articulados al programa nacional de alimentación y nutrición.

---

<sup>12</sup> Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013

- d) Promover la asistencia a los controles médicos mensuales de las madres embarazadas para prevenir la malnutrición prenatal, así como para entregar suplementos alimenticios básicos en la gestación.
- e) Promover la lactancia materna exclusiva después del nacimiento e implementación de bancos de leche materna a escala nacional.
- f) Articular mecanismos de información sobre la importancia del control mensual y programas de alimentación para infantes que evidencien desnutrición temprana.
- g) Fortalecer los programas educativos dirigidos a toda la población, relacionados con la calidad nutricional para fomentar el consumo equilibrado de alimentos sanos y nutritivos.
- h) Apoyar al desarrollo de huertos experimentales en los diferentes ámbitos y espacios sociales.

**Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población**

**Política 3.1. Promover prácticas de vida saludable en la población.**

- a) Promover la organización comunitaria asociada a los procesos de promoción de la salud.
- b) Fortalecer los mecanismos de control de los contenidos utilitaristas y dañinos a la salud en medios masivos de comunicación.
- c) Diseñar y aplicar programas de información, educación y comunicación que promuevan entornos y hábitos de vida saludables.
- d) Implementar mecanismos efectivos de control de calidad e inocuidad de los productos de consumo humano, para disminuir posibles riesgos para la salud.
- e) Fortalecer las acciones de prevención de adicciones de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, alcoholismo y tabaquismo.

- f) Desarrollar, implementar y apoyar programas de fomento de la masificación de la actividad física según ciclos de vida, preferencias culturales, diferencias de género, condiciones de discapacidad, generacionales y étnicas.
- g) Coordinar acciones intersectoriales, con los diferentes niveles de gobierno y con participación comunitaria, para facilitar el acompañamiento profesional para el deporte y a la actividad física masiva.
- h) Realizar campañas y acciones como pausas activas para evitar el sedentarismo y prevenir sus consecuencias negativas para la salud, en espacios laborales, institucionales y domésticos, con apoyo de organizaciones sociales, laborales y la comunidad en general.
- i) Promover actividades de ocio activo de acuerdo a necesidades de género, etáreas y culturales.
- j) Impulsar el mejoramiento de condiciones organizativas, culturales y materiales que favorezcan un equilibrio en el uso del tiempo global dedicado a las actividades de producción económica, reproducción humana y social con sentido de corresponsabilidad y reciprocidad de género y generacional.

**Política 3.2. Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.**

- a) Fortalecer la vigilancia epidemiológica de base comunitaria e intervención inmediata, especialmente ante eventos que causen morbilidad y mortalidad evitable y/o que sean de notificación obligatoria.
- b) Articular a la comunidad en el sistema de vigilancia de modo que la información sea generada, procesada y analizada en la comunidad.
- c) Fortalecer la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas degenerativas y de las enfermedades transmisibles prioritarias y desatendidas.

- d) Diseñar e implementar sistemas de prevención y atención integrales en concordancia con el conocimiento epidemiológico y con enfoque de determinantes de salud.
- e) Fortalecer las acciones de promoción de la salud mental, especialmente para prevenir comportamientos violentos

**Política 3.3. Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.**

- a) Articular los diferentes servicios de la red pública de salud en un sistema único, coordinado e integrado y por niveles de atención.
- b) Fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria sobre la red complementaria de atención, incluyendo la privada, social y comunitaria.
- c) Promover la producción de medicamentos esenciales genéricos de calidad a nivel nacional y de la región, procurando el acceso a medios diagnósticos esenciales de calidad.
- d) Mejorar la calidad de las prestaciones de salud, contingencias de enfermedad, maternidad y riesgos del trabajo.
- e) Promover procesos de formación continua del personal de salud, a fin de proveer servicios amigables, solidarios y de respeto a los derechos y a los principios culturales y bioéticos, de acuerdo a las necesidades en los territorios y su perfil epidemiológico.
- f) Generar y aplicar mecanismos de control de calidad de la atención y de la terapéutica en las prestaciones en los servicios de la red pública y complementaria, a través de protocolos de calidad, licenciamiento de unidades, participación ciudadana y veeduría social.
- g) Impulsar la investigación en salud, el desarrollo de procesos terapéuticos y la incorporación de conocimientos alternativos.

**Política 3.4. Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural.**

- a) Ofrecer protección y prevención especializada para la salud de niñas, niños y adolescentes.
- b) Mejorar la atención a personas con discapacidades proporcionándoles tratamiento, rehabilitación, medicamentos, insumos médicos, ayudas técnicas y centros de acogida para personas con discapacidades severas y profundas, con énfasis en aquellas en condiciones de extrema pobreza.
- c) Promover acciones de atención integral a las personas refugiadas y en necesidad de protección internacional, así como a las personas víctimas de violencia.
- d) Ejecutar acciones de atención integral a problemas de salud mental y afectiva
- e) Impulsar acciones tendientes a la mejora de la salud de las personas de la tercera edad.
- f) Promover los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, difundiendo el derecho a la salud, al disfrute de su sexualidad y fortaleciendo el acceso a la información, orientación, servicios y métodos de planificación familiar a la vez que se vele por la intimidad, la confidencialidad, el respeto a los valores culturales y a las creencias religiosas.
- g) Valorar las condiciones particulares de salud de las mujeres diversas, en particular durante el embarazo, parto y posparto.
- h) Priorizar las acciones tendientes a reducir la mortalidad materno-infantil y el riesgo obstétrico, en particular en las zonas rurales, las comunidades, pueblos y nacionalidades.

- i) Optimizar y equipar los servicios de atención materno-infantil y acompañar a las madres durante el embarazo, con calidad y calidez, promoviendo una adecuada nutrición, cuidado y preparación, e impulso a la maternidad y paternidad responsable.
- j) Fortalecer el sistema de atención diferenciada y acorde a las diversidades, en el posparto y al recién nacido, y articular éste a redes de cuidado a las niñas y niños en centros laborales, barriales, comunitarios, institucionales, en coordinación intersectorial y con las iniciativas locales.
- k) Fortalecer las acciones y servicios para garantizar el derecho a una salud sexual y reproductiva no discriminatoria y libre de violencia que respete la diversidad, y empoderar a las mujeres en el conocimiento y ejercicio de sus derechos.
- l) Impulsar acciones de prevención del embarazo adolescente, e implementar estrategias de apoyo integral a madres y padres adolescentes, así como a sus familias, garantizando el ejercicio pleno de sus derechos.

**Política 3.5. Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos.**

- a) Incentivar la investigación sobre prácticas y conocimientos ancestrales y alternativos.
- b) Diseñar y aplicar protocolos interculturales que faciliten la implementación progresiva de la medicina ancestral y alternativa con visión holística, en los servicios de salud pública y privada.
- c) Introducir en la malla curricular de los programas de formación profesional en salud contenidos que promuevan el conocimiento, la valorización y el respeto de los saberes y conocimientos ancestrales y alternativos.
- d) Reconocer, formar con perspectiva de género e incorporar agentes tradicionales y ancestrales en el sistema general de salud.

- e) Generar y aplicar normativas de protección de los conocimientos y saberes ancestrales del acervo comunitario y popular.

**Política 3.6 Garantizar vivienda y hábitat dignos, seguros y saludables, con equidad, sustentabilidad y eficiencia**

- a) Coordinar entre los distintos niveles de gobierno para promover un adecuado equilibrio en la localización del crecimiento urbano.
- b) Promover programas públicos de vivienda adecuados a las condiciones climáticas, ambientales y culturales, accesibles a las personas con discapacidades, que garanticen la tenencia segura y el acceso a equipamiento comunitario y espacios públicos de calidad.
- c) Fortalecer la gestión social de la vivienda y la organización social de base en los territorios como soporte de los programas de vivienda.
- d) Implementar estándares intersectoriales para la construcción de viviendas y sus entornos, que propicien condiciones adecuadas de habitabilidad, accesibilidad, espacio, seguridad; que privilegien sistemas, materiales y tecnologías ecológicas e interculturales.
- e) Fortalecer las capacidades locales para la producción de materiales de construcción y de vivienda, promoviendo encadenamientos productivos que beneficien a los territorios y las comunidades.
- f) Promover incentivos a la investigación tecnológica sobre alternativas de construcción de vivienda sustentables, en función del clima y del ahorro energético; y la recuperación de técnicas ancestrales de construcción.
- g) Reformar la normativa de inquilinato y fortalecimiento de las instancias públicas de regulación y control.

- h) Ampliar la cobertura y acceso a agua de calidad para consumo humano y a servicios de infraestructura sanitaria: agua potable, eliminación de excretas, alcantarillado, eliminación y manejo adecuado de residuos.
- i) Diseñar, implementar y monitorear las normas de calidad ambiental tanto en zonas urbanas como rurales, en coordinación con los diferentes niveles de gobierno y actores relacionados.
- j) Implementar mecanismos de evaluación y control social del impacto social y ambiental de los programas habitacionales

**Política 3.7 Propiciar condiciones de seguridad humana y confianza mutua entre las personas en los diversos entornos.**

- a) Controlar y vigilar el cumplimiento de normas y estándares de los diferentes espacios para evitar posibles efectos de contaminantes físicos, químicos y biológicos, de estrés, fatiga, monotonía, hacinamiento y violencia.
- b) Diseñar y aplicar sistemas de alerta, registro y monitoreo permanente y atender oportunamente accidentes, enfermedades y problemas asociados con contaminación ambiental y actividades laborales.
- c) Implementar sistemas de alerta, registro, monitoreo y atención oportuna de salud y bienestar en los espacios educativos, en particular los relacionados con las condiciones sanitarias y de provisión de alimentos de esta población.
- d) Diseñar e implementar acciones dirigidas a las organizaciones barriales y comunitarias que fortalezcan los lazos de confianza, respeto mutuo y promuevan la cooperación y la solidaridad.
- e) Modernizar las capacidades estatales de seguridad interna en términos de equipamiento, tecnología, comunicaciones, indumentaria, transporte y demás bienes y servicios estratégicos relacionados, preferentemente producidos por la industria nacional especializada.

- f) Especializar y fortalecer la institucionalidad de la seguridad del Estado en la prevención y control del delito.
- g) Fortalecer programas de seguridad ciudadana y policía comunitaria, que consideren las perspectiva de género, étnica e intercultural, en articulación con la seguridad integral del Estado e incorporar la participación activa de la población en el control y veeduría social de sus acciones.
- h) Prevenir y controlar la delincuencia común en todas sus manifestaciones y ámbitos, con enfoque sistémico y multidisciplinario y en estricto respeto del debido proceso y los derechos humanos.
- i) Implementar mecanismos de rendición de cuentas de la gestión para la seguridad ciudadana, por parte de las instituciones responsables

**Objetivo 4: Garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable.**

**Política 4.1. Conservar y manejar sustentablemente el patrimonio natural y su biodiversidad terrestre y marina, considerada como sector estratégico.**

- e) Desarrollar y aplicar normas de bioseguridad y de biotecnología moderna y sus productos derivados, así como su experimentación y comercialización, en cumplimiento del principio de precaución establecido en la Constitución y la normativa internacional relacionada.

**Política 4.4. Prevenir, controlar y mitigar la contaminación ambiental como aporte para el mejoramiento de la calidad de vida.**

- a) Aplicar normas y estándares de manejo, disposición y tratamiento de residuos sólidos domiciliarios, industriales y hospitalarios, y sustancias químicas para prevenir y reducir las posibilidades de afectación de la calidad ambiental.

- c) Implementar acciones de descontaminación atmosférica y restauración de niveles aceptables de calidad de aire con el objetivo de proteger la salud de las personas y su bienestar.
- d) Reducir progresivamente los riesgos para la salud y el ambiente asociados a los Contaminantes Orgánicos Persistentes (COPs).
- e) Regular criterios de preservación, conservación, ahorro y usos sustentables del agua e implementar normas para controlar y enfrentar la contaminación de los cuerpos de agua mediante la aplicación de condiciones explícitas para el otorgamiento de las autorizaciones de uso y aprovechamiento.

**Política 4.6. Reducir la vulnerabilidad social y ambiental ante los efectos producidos por procesos naturales y antrópicos generadores de riesgos.**

- a) Incorporar la gestión de riesgos en los procesos de planificación, ordenamiento territorial, zonificación ecológica, inversión y gestión ambiental.
- b) Implementar programas de organización de respuestas oportunas y diferenciadas de gestión de riesgos, para disminuir la vulnerabilidad de la población ante diversas amenazas.
- d) Implementar un sistema de investigación y monitoreo de alerta temprana en poblaciones expuestas a diferentes amenazas.
- f) Analizar la vulnerabilidad y el aporte a la adaptación al cambio climático de infraestructuras estratégicas existentes y futuras.

Determinado el marco constitucional, institucional e interinstitucional a través de la Constitución, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Plan Nacional para el Buen Vivir,

a continuación se describirá el marco funcional estratégico de las regiones, objetivos, competencias y roles estratégicos del Ministerio de Salud Pública.”<sup>13</sup>

#### **2.4.6 Organización general de Salud en el Ecuador<sup>14</sup>**

“ En atención a la alerta emitida por la OMS sobre el riesgo de ocurrencia de una pandemia por virus de influenza, en el último trimestre del año 2005 las autoridades del Ministerio de Salud Pública (MSP) consideraron pertinente la preparación del sector salud para dar una respuesta que en caso de producirse minimice su impacto. A este fin se conformó un grupo de trabajo intra ministerial dependiente de la Dirección General de Salud que incluía al líder de vigilancia epidemiológica, responsable de Zoonosis, jefe de Docencia del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Inquieta Pérez”(INHMT “LIP”) y epidemiólogos de la Subsecretaría Regional de Salud Costa-Insular.

A partir del Grupo de Trabajo de Influenza del MSP, en accionar conjunto con las contrapartes de los ministerios de Agricultura y Ambiente y el apoyo de las agencias de cooperación OPS/OMS, la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO), USAID, se formó el “Comité Interministerial de Influenza” que elaboró el “Plan de Contingencia para enfrentar una Posible Pandemia de Influenza en el Ecuador”<sup>1</sup> en el cual se encuentran diferenciadas las competencias de cada uno de los tres ministerios en actividades complementarias y en base al cuál cada ministerio inició su fase de preparación. A éste Comité se incorporó el sector privado con un representante del Consejo Nacional de Avicultura, que apoya fuertemente las actividades del Servicio Ecuatoriano de Sanidad Agropecuaria y que participó activamente en la elaboración del Censo Avícola Nacional.

Por ser una zoonosis, la Dirección del Comité se encuentra en el ministerio de Agricultura, el mismo que en cuanto la zoonosis se convierta en una epidemia o

---

<sup>13</sup> Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013

<sup>14</sup> Plan Estratégico del Ministerio de Salud Pública, Periodo 2009 – 2013, Consultoría Privada 2009

pandemia, pasará el mando al ministerio de Salud y éste a su vez, de acuerdo a la evolución de la epidemia a pandemia al COSENA (Consejo de Seguridad Nacional). Por las implicaciones del tema, el Grupo de Trabajo del MSP consideró indispensable el abordaje multidisciplinario. Para esto, en 2006 se incorporaron varios componentes como son salud mental, salud ambiental, DIPLASEDE, medicamentos, comunicación social, Recursos humanos, dirección administrativa y financiera, los cuales tienen dentro del grupo de trabajo un Responsable que viene actualizándose en su tema específico para aportar en la preparación del sector salud tanto en fase pre pandémica como pandémica. En los dos últimos años, el trabajo ha sido evaluado internacionalmente por dos ocasiones y dada su importancia el tema se encuentra posicionado en la agenda gubernamental al más alto nivel.

#### **2.4.6.1 Organización Actual del Sistema de Salud en Ecuador**

#### **2.4.6.2 Subsector Público**

Está conformado por los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS-SSC), Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía (dependientes de los Ministerios de Defensa y Gobierno respectivamente), los servicios de salud de algunos Municipios, la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA).

La Cruz Roja Ecuatoriana. Al MSP le corresponde la regulación, dirección y control del sector, contando con una Dirección de Salud en cada Provincia, que contiene las Áreas de Salud que son las unidades ejecutoras que funcionan como una unidad de desconcentración programática, administrativa y presupuestaria de la cual dependen los servicios básicos de salud.

La coordinación con otras instituciones si bien aún es limitada, ha sido abordada por el Consejo Nacional de Salud (CONASA), dirigido por el Ministro (a) de Salud, ente de concertación sectorial que asesora al Ministro de Salud Pública en materia de políticas de salud y que tiene como propósito fundamental el propiciar la organización y desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

### **2.4.6.3 Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social**

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) mantiene un régimen de afiliación personal orientado a proteger a los trabajadores dependientes (sector público y privado) y afiliación de independientes en un esquema de seguro social que incluye prestaciones económicas y de atención médica, con las cuales cubre a 10 % de la población del país. La afiliación de los trabajadores del área rural corresponde al Seguro Social Campesino, cuya cobertura de carácter familiar incluye prestaciones sociales (mortuoria, invalidez, vejez) y atención médica primaria que se proyecta a una cuarta parte de la población campesina del país.

El IESS, cuenta con: 654 camas en hospitalización general (diferentes especialidades), 46 camas de emergencia, y 12 camas para Unidad de cuidados intensivos.

### **2.4.6.4 Sanidad de Fuerzas Armadas y Policía**

Dispone de 96 servicios ambulatorios y 20 de hospitalización para sus miembros y familiares. Desde hace cinco años funciona con la modalidad de seguro de salud, a través del Instituto del Seguro de Salud de Fuerzas Armadas (ISSFA). De igual modo funcionan los servicios de salud para los policías y sus familiares, protegidos en parte también por un régimen de aseguramiento (ISSPOL).

Cuentan con 4.254 funcionarios profesionales y empleados que prestan sus servicios en 116 unidades operativas (20 hospitalarias) pertenecientes a estas instituciones, cuya cobertura estimada es de un 3.0 % de la población nacional. Se financian con los aportes del presupuesto general del Estado y la venta de servicios a miembros no relacionados con las Fuerzas Armadas y Policía y también por las contribuciones del régimen de aseguramiento. <sup>15</sup>

### **2.4.6.5 Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG)**

Es una entidad autónoma de servicio social que se rige por sus propios estatutos jurídicos bajo un cuerpo directivo. Cuenta con 3.535 profesionales, funcionarios y empleados que trabajan en 4 hospitales, 1 de medicina general, una maternidad y 2 especializados, asentados en la ciudad de Guayaquil.(Ver Cuadro N°7)

---

<sup>15</sup> Diagnostico Situacional en Salud de la Provincia del Guayas 2006 – 2007 Dirección Provincial de Salud del Guayas.

#### **2.4.6.6 Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA)**

Es una entidad privada de finalidad social que cubre buena parte de la demanda nacional de diagnóstico y tratamiento del cáncer. Su organización se basa en instituciones regionales con autonomía administrativa y financiera ubicadas en las principales ciudades del país y regidas por un cuerpo directivo. Cuenta con 1.095 trabajadores que laboran en 5 hospitales especializados. Recibe asignaciones fiscales y parte de los impuestos directos a transacciones en el sistema financiero. En la Provincia del Guayas, el hospital de SOLCA, cuenta con: 210 camas para hospitalización general y 8 para Unidad de cuidados intensivos (UCI). Cuadro N°7

#### **2.4.6.7 Servicios de Salud Municipal**

Tienen a cargo las Direcciones de Higiene para atender problemas de salud ambiental y de control sanitario. Existen 32 unidades y tres son de carácter hospitalario, a cargo del Municipio.

Otras Entidades Públicas: Se incluyen los servicios de otros Ministerios como el de Bienestar Social, Educación, Ministerio de Recursos Naturales, Relaciones Exteriores, Universidades y otras instituciones de carácter fisco-misional que mantienen algunos servicios como parte de sus programas de acción social, en su mayoría de carácter ambulatorio (menos del 1% del total).<sup>16</sup>

En la provincia del Guayas, existe un total de 8.855 camas para hospitalización general, 213 camas identificadas para emergencia, y 67 en unidad de cuidados intensivos, lo que nos obliga a pensar, en el futuro a corto plazo, en la necesidad de ubicar alternativas ante esta debilidad, considerando una cantidad poblacional de: 3.432.447 habitantes, de los cuales, al menos para el 25% deberíamos garantizar espacio para hospitalización. (Ver Cuadro N° 5 )

---

<sup>16</sup> Diagnostico Situacional en salud de la Provincia del Guayas 2006 – 2007, dirección Provincial de salud del Guayas. 2007

Cuadro N° 5

## DOTACION DE CAMAS EN LAS UNIDADES DE SALUD

 <b>DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DEL GUAYAS</b> <b>DOTACION DE CAMAS EN LAS UNIDADES DE SALUD</b> <b>AÑO 2010</b>					
NOMBRE	TIPO	INSTI-TUCION	DOTACION NORMAL DE CAMAS		
			HOSP.	EMER G.	UCI
<u>MINISTERIO DE SALUD PUBLICA</u>			1428	100	16
<u>FUERZAS ARMADAS</u>			293	19	9
<u>MINISTERIO DE GOBIERNO</u>			58		7
<u>MINISTERIO BIENESTAR SOCIAL</u>			35		
<u>APROFE</u>			26		
<u>SOLCA</u>			210		8
<u>JUNTA DE BENEFICENCIA</u>			3748		
<u>SOC. PROTECTORA INFANCIA</u>			190		
<u>MUNICIPIOS</u>			40	1	0
<u>I E S S.</u>			643	46	12
<u>SEGURO SOCIAL CAMPESINO</u>			11		
<b>INSTITUCIONES PRIVADAS</b>					
<u>REDIMA</u>			117	7	0
<u>CLINICAS</u>			1942	36	15
<u>DISPENSARIOS PARTICULARES</u>			34	2	0
<u>CENTROS MEDICOS</u>			80	2	0
<b>Totales</b>			<b>8855</b>	<b>213</b>	<b>67</b>

FUENTE Y ELABORACION: DPTO. DE ESTADISTICA E INFORMATICA DELA DPSG.2010

**2.4.7 Capacidad Resolutiva por Niveles de Atención en Salud<sup>17</sup>****2.4.7.1 Primer nivel de atención**

Para Atención en el primer nivel, existen los Centros de Salud, Subcentros de Salud, Puestos de Salud, Dispensarios de Salud del IESS y Seguro Campesino, Consultorios Médicos Rurales, Consultorios Médicos Urbanos, unidades móviles y fluviales, y otros

<sup>17</sup> Perfil – Sistema de Salud Ecuador (pdf) 2008

establecimientos públicos y privados; estos deberán tener la responsabilidad de asumir la atención ambulatoria de los pacientes con Influenza.

#### 2.4.7.2 Segundo y Tercer nivel de atención

Los establecimientos de mayor complejidad de la red de servicios de salud deberán ser los receptores iniciales de los pacientes que requieran hospitalización por influenza en caso de Pandemia, si su capacidad es rebasada a pesar de la implementación de las medidas de reconversión establecidas, el establecimiento que le sigue en complejidad decreciente deberá estar preparado

para dar igual respuesta a las demandas de hospitalización de esta patología. Se deberá monitorear día a día las camas disponibles y las potenciales altas del establecimiento de tal manera de explicitar la oferta diaria, sobre todo durante el primer mes de pandemia, donde se producirá un mayor nivel de requerimientos de hospitalización (70%).

CUADRO N°6  
TOTAL DE CONSULTAS POR AÑO

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DEL GUAYAS										
CONSULTAS MÉDICAS, OBSTÉTRICAS, PSICOLÓGICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE EMERGENCIA										
CONSULTAS	GUAYAQUIL	TOTAL GUAYAS								
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Médicas	1087751	1.246.107	1.710.466	2.064.594	2.374.816	1.793.963	2.080.606	2.759.809	3.205.084	3.775.135
Obstétricas	321847	372.482	553.084	705.666	736.112	549.904	615.450	924.478	1.094.980	1.150.050
Psicológicas	9828	10.100	12.716	23.191	23.191	13.313	13.889	18.506	21.369	27.165
Odontológicas	237872	269.050	413.086	544.137	590.179	436.389	479.772	741.043	859.786	1.035.738
De Emergencia	311996	319.000	388.907	485.692	701.413	497.889	536.550	655.721	763.443	1.122.203
<b>Total consultas/visitas</b>	<b>1.969.294</b>	<b>2.216.739</b>	<b>3.078.259</b>	<b>3.823.280</b>	<b>4.425.711</b>	<b>3.291.458</b>	<b>3.726.267</b>	<b>5.099.557</b>	<b>5.944.662</b>	<b>7.110.291</b>
ACTIVIDADES	GUAYAQUIL	TOTAL GUAYAS								
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Enfermera	3.754	4.859	3.038	5.933	12.868	11.735	8.336	10.816	7.820	13.821
Auxiliar de Enfermería	2.780	2.014	503	623	227	8.990	7.477	2.692	813	243
Total consultas/visitas	6.534	6.873	3.541	6.556	13.095	20.725	15.813	13.508	8.633	14.064

FUENTE Y ELABORACION: Dpto. de Estadística e Informática de la DSPG 2010

El número de consultas en las diferentes unidades del MSP en la provincia del Guayas, alcanzó, en el 2009 la cifra de 7.110.291, Cuadro N°6

## 2.5 Definición de Pandemia.

Una pandemia (vocablo que procede del griego pandêmon nosêma, de παν (pan = todo) + δῆμος (demos = pueblo) + nosêma (= enfermedad), expresión que significa enfermedad de todo el pueblo) es una epidemia o afectación de una enfermedad infecciosa de personas a lo largo de un área geográficamente extensa sea un continente o hasta el mundo entero. Etimológicamente hablando debería cubrir el mundo entero y afectar a todos. Afortunadamente no ha habido una pandemia en ese sentido de la palabra.

Para que una enfermedad pueda denominarse pandemia, ésta debe tener un alto grado de infectabilidad y un fácil traslado de un sector geográfico a otro.

### 2.5.1 Pandemias y su Historia <sup>18</sup>

Ha habido un número importante de pandemias en la historia humana, todas ellas generalmente zoonosis que han llegado con la domesticación de animales asociadas con la viruela, difteria, gripe y tuberculosis. Ha habido un número de epidemias particularmente importantes que merecen una mención por encima de la «mera» destrucción de ciudades:

- Guerra del Peloponeso, 430 a. C. Un agente desconocido mató a la cuarta parte de las tropas atenienses y a una cuarta parte de la población a lo largo de cuatro años. Esto debilitó fatalmente la preeminencia de Atenas, pero la virulencia absoluta de la enfermedad evitó una mayor expansión.
- Peste antonina, 165–180. Posiblemente viruela traída del Oriente próximo; mató a una cuarta parte de los infectados y hasta cinco millones en total. En el momento más activo de un segundo brote (251–266) se dijo que morían 5.000 personas por día en Roma.
- Peste de Justiniano, comenzó en 541. El primer brote registrado de la peste bubónica. Empezó en Egipto y alcanzó Constantinopla en la siguiente primavera,

---

<sup>18</sup> Ministerio de Salud Pública. Guía Operativa de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Tipo de Influenza (ETI) e Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG), Ecuador, mayo 2008

matando (de acuerdo al cronista bizantino Procopio) 10.000 personas por día en su momento más activo y quizá un 40% de los habitantes de la ciudad. Continuó hasta destruir hasta la cuarta parte de los habitantes del Mediterráneo oriental.

- La peste negra, comenzó en el siglo XIV. Ochocientos años tras el último brote, la peste bubónica volvía a Europa. Comenzando en Asia, la enfermedad alcanzó el Mediterráneo y Europa occidental en 1348 (posiblemente por mercaderes italianos que huían de la guerra en Crimea), y mató a veinte millones de europeos en seis años, una cuarta parte de la población total y hasta la mitad en las zonas urbanas más afectadas.
- Cólera. La Primera pandemia se desarrolló el 1816– la sexta pandemia de esta patología fue identificada como tal, en 1966.
- La «gripe española» (1918–1919). Comenzó en agosto de 1918 en tres lugares alejados unos de otros: Brest, Boston y Freetown. Una grave y mortífera cepa de gripe se expandió por el mundo. La enfermedad mató a 25 millones de personas en el curso de seis meses; algunos estiman poner el total de los muertos por todo el mundo en más del doble de ese número. Unos 17 millones se estima que murieron en la India, 500.000 en los EE.UU. y 200.000 en Inglaterra. Se desvaneció en 18 meses y la cepa concreta nunca fue determinada.
- La gripe asiática de 1957.
- La gripe de Hong Kong de 1968.
- La gripe rusa de 1977.
- VIH Es la enfermedad que consiste en la incapacidad del sistema inmunológico para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos, es considerada pandemia debido a su rápida propagación, sus víctimas se estiman entre los 20 y 25 millones, sobre todo en África.
- El tifus es la enfermedad epidémica de tiempo de guerra, y ha sido llamada algunas veces «fiebre de los campamentos» debido a su patrón de estallar en tiempos de penalidades. Emergió durante las Cruzadas, tuvo su primer impacto en Europa en 1489, en España. Durante la lucha entre los españoles cristianos y los musulmanes en Granada, los españoles perdieron 3.000 efectivos por bajas de guerra y 20.000 por tifus. En 1528 los franceses perdieron 18.000 efectivos de sus tropas en Italia y perdieron la supremacía en Italia en favor de los españoles. En 1542, 30.000 personas murieron de tifus mientras combatían a los otomanos en los Balcanes. La enfermedad también jugó un papel de importancia en la destrucción de la Grande Armée de Napoleón en Rusia en 1811.

- Otras epidemias se produjeron en los encuentros entre los exploradores europeos y las poblaciones del resto del mundo, produciéndose frecuentemente epidemias locales de extraordinaria virulencia. La enfermedad mató a gran parte de la población nativa (guancho) de las Islas Canarias en el siglo XVI. La mitad de la población nativa de la isla La Española en 1518 murió por la viruela. La viruela también destrozó México en la década de 1520, matando a 150.000 personas sólo en Tenochtitlan, incluyendo el emperador, y Perú en la década de 1530, ayudando a los conquistadores españoles. El sarampión mató a dos millones más de nativos mexicanos en la década de 1600. Y aún en 1848–49, tanto como 40.000 de 150.000 nativos hawaianos se estima que murieron de sarampión, tosferina y gripe.
- El síndrome respiratorio agudo severo de 2002.
- La gripe aviaria de 2003, en su cepa H5N1, se convirtió en amenaza de pandemia en 2005, cuando se produjeron los primeros contagios en seres humanos.
- La gripe A (H1N1), también conocida como gripe porcina ((2009-?)) está extendiéndose hoy en día; es una enfermedad infecciosa causada por un virus perteneciente a la familia Orthomyxoviridae, que es endémica en poblaciones porcinas. Estas cepas virales, conocidas como virus de la influenza porcina o SIV (por las siglas en inglés de «Swine Influenza Viruses») han sido clasificadas en Influenzavirus C o en alguno de los subtipos del género Influenzavirus A, siendo las cepas más conocidas H1N1, H3N2, H3N3. El 11 de junio la Organización Mundial de la Salud (OMS) la clasificó como de nivel de alerta seis; es decir, actualmente es una pandemia. La tasa de letalidad de la enfermedad que inicialmente fue alta, ha pasado a ser baja al iniciar los tratamientos antivirales a los que es sensible, sin embargo la futura evolución del virus es impredecible.

Hay también un número de enfermedades desconocidas que fueron extremadamente graves pero que ahora se han desvanecido, de manera que su etiología no puede ser establecida. Los ejemplos incluyen la peste antes mencionada de Grecia en 430 a. C. y el *Sudor inglés* de la Inglaterra del siglo XVI, que fulminaba a la gente en un instante y que fue mucho más temido que la peste bubónica.

Para identificar las etapas de la ocurrencia de una pandemia de influenza, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció cinco fases, en cada una de las cuales se ejecutarán acciones tendientes a limitar y/o controlar el impacto de la influenza en los países y será esta entidad quien hará la declaratoria de la fase correspondiente, y dispondrá el inicio de las acciones de respuesta de cada una.

La distinción entre la fase 1 y la fase 2 se basó en el riesgo de infección o de enfermedad humana generada por la cepa que circulan en los animales, depende de diversos factores y de su importancia relativa. Entre estos factores pueden contarse la patogenicidad en los animales y en los seres humanos, la presencia de infección en los animales domésticos y el ganado o solo en la fauna silvestre, si el virus es enzoótico o epizoótico si se encuentra localizado o generalizado desde el punto de vista geográfico.

La distinción entre la fase 3, fase 4 y fase 5 se basa en la evaluación del riesgo de pandemia, considerando diversos factores y su importancia relativa según el conocimiento científico vigente. Entre los factores pueden encontrarse la tasa de transmisión, la ubicación geográfica, la propagación, la gravedad de la enfermedad, la presencia de genes provenientes de cepas humanas (cuando el virus proviene de una cepa animal).

**Cuadro N° 7**

**Fases de la OMS para la planificación de la preparación ante una posible pandemia**

<b>Fases</b>	<b>Metas Generales de Salud Pública</b>
Interpandémica: detección de nuevos subtipos de virus de influenza en humanos	Interpandémica
Fase 1: potencial virus humano está presente en animales. Riesgo de infección o enfermedad en humanos es bajo.	Fase 1: fortalecer los preparativos para una pandemia a escala regional y nacional.
Fase 2: un subtipo de virus de influenza aviar circula. Hay riesgo considerable de enfermedad humana.	Fase 2: reducir el riesgo de transmisión. Detección y notificación obligatoria inmediata.
<b>Alerta pandémica</b>	<b>Alerta pandémica</b>
Fase 3: detección de uno o varios casos de infección en humanos con nuevo subtipo. No transmisión de persona a persona.	Fase 3: rápida caracterización del nuevo subtipo vírico. Detección, notificación y respuesta inmediata.
Fase 4: limitada transmisión de persona a persona; clusters localizados y focalizados solamente. No adaptación del virus.	Fase 4: contener el nuevo virus dentro de los focos limitados. Retardar su propagación. Ganar tiempo para vacunación.
Fase 5: grandes clusters; transmisión entre personas en incremento. Riesgo pandémico considerable.	Fase 5: maximizar los esfuerzos para contener o retardar la propagación del virus y evitar una pandemia. Ganar tiempo para activar medidas antipandémicas.
<b>Pandemia</b>	<b>Pandemia</b>
Fase 6: incremento sostenido de la transmisión de persona a persona en la población general.	Fase 6: reducir al mínimo las repercusiones de la pandemia.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)

Es importante mencionar, que técnicamente, las indicaciones técnicas enunciadas para el manejo de influenza aviar son de utilidad en el momento de la respuesta ante influenza por AH1N1.

## **2.5.2 Perfil epidemiológico de la provincia asociado al riesgo<sup>19</sup>**

Uno de los desastres epidemiológicos más graves ocurridos en la Provincia de Guayas fue en el año 1842, con la presencia de la Fiebre Amarilla que causó la muerte de aproximadamente 5.000 habitantes, número que representó el 25% de la población guayaquileña de esa época.

Epidemias por enfermedades transmitidas por vectores especialmente la malaria que ha tenido un alto costo para el sector Salud y para la economía de la provincia del Guayas en lo que se refiere al sector productivo. En años más recientes, la epidemia que afectó a más personas fue la de El Cólera en 1996 a todas las provincias de la costa principalmente.

La provincia del Guayas no escapa a la dinámica de transición epidemiológica que atraviesa el Ecuador. Con relación a la morbilidad y la mortalidad se mantienen vivas las enfermedades asociadas a la falta de desarrollo, como las diarreas, desnutrición, parasitosis, Tuberculosis, IRA, mortalidad materno infantil, las transmitidas por vectores como la malaria, el dengue, y otras generadas por el desarrollo, como son las enfermedades cardio y cerebro vasculares e hipertensión

Las principales causas de morbilidad en la provincia tienen su origen en las condiciones de pobreza e insalubridad que vive la población, derivadas de la falta de educación sanitaria en el manejo adecuado del agua y la eliminación de excretas y la cobertura de los servicios básicos, siendo la causa de enfermedades gastrointestinales consideradas de origen hídrico como diarreas.

Además condiciones que propician la proliferación de insectos y plagas que inciden en las altas tasas de enfermedades vectoriales como paludismo, dengue clásico y

---

<sup>19</sup> Diagnóstico Situacional en salud de la Provincia del Guayas 2006 – 2007, dirección Provincial de salud del Guayas. 2007

hemorrágico, las que han sufrido un incremento sustancial son las enfermedades epidérmicas conocidas también como tropicales.

Además condiciones que propician la proliferación de insectos y plagas que inciden en las altas tasas de enfermedades vectoriales como paludismo, dengue clásico y hemorrágico, las que han sufrido un incremento sustancial son las enfermedades epidérmicas conocidas también como tropicales.

**Cuadro Nº8**  
**Principales epidemias registradas que han afectado a la Provincia del Guayas desde 1967**

FECHA	LUGAR DEL EVENTO	TIPO	EFFECTOS DE LA POBLACION
JULIO - 2002	ISLAS GALÁPAGOS	COLERA	100 MUERTOS
MARZO - 2000	COSTA	ARBOVIRUS	8 MUERTOS
		FIEBRE POR DENGUE	220 AFECTADOS
MARZO - 2000	PROVINCIA DEEL GUAYAS, LOS RIOS	MALARIA	100 AFECTADOS
MAYO - 1998	CHIMBORAZO	PLAGA	12 MUERTOS
ENERO - 1995	COSTA	ARBOVIRUS	3.399 AFECTADOS
		FIEBRE POR DENGUE	
ENERO - 1992	COSTA	COLERA	200 MUERTOS
JUNIO - 1991	AZUAY, CHIMBORAZO, EL ORO, ESMERALDAS, GUAYAS, IMBABURA, LOJA , LOS RIOS, PICHINCHA, CARCHI, MANABI, CAÑAR, BOLIVAR, TUNGURAHUA.	COLERA	343 MUERTOS
			15.131 AFECTADOS
ENERO 1977	SECTOR NOROESTE DE QUITO	TIFOIDEA	300 AFECTADOS
MAYO 1969	SECTOR DE PLAYAS - GUAYAS	ARBOVIRUS	400 MUERTOS
		ENCEFALITIS EQUINA	40 AFECTADOS
AGOSTO1967	PARROQUIAS DE GUAYAQUIL	MENINGITIS	36 MUERTOS
		POLIO	528 AFECTADOS

Fuente IDEM.

## **2.6 Protocolo de Servicios de Salud**

Durante una pandemia de gripe habrá un gran aumento de la demanda asistencial en un periodo de tiempo muy breve, por lo tanto los responsables de los servicios de salud necesitan tener definidos programas que establezcan las actividades de los sistemas sanitarios en cada uno de sus centros, para cada fase pandémica.

## **CAPITULO III**

### **DESARROLLO DE LA PROPUESTA**

**GUIA PARA LA PREPARACION DEL SECTOR SALUD ANTE UNA POSIBLE  
PANDEMIA DE INFLUENZA EN LA PROVINCIA DEL GUAYAS.**

### **3 GUIA PARA LA PREPARACION DEL SECTOR SALUD ANTE UNA POSIBLE PANDEMIA DE INFLUENZA EN LA PROVINCIA DEL GUAYAS.**

#### **3.1 Introducción**

En relación al objetivo principal que motiva el presente trabajo: Elaborar una herramienta técnica administrativa para la adecuada respuesta del sector salud ante una pandemia, con la finalidad mitigar el impacto en salud que producirá una pandemia en la población de la provincia del Guayas, bajo la rectoría del MSP, a través de la Dirección Provincial de Salud del Guayas, cabe mencionar que la así como optimizar los recursos existentes a través de la implementación oportuna del sistema de respuesta del sector salud de la provincia.

El contenido técnico de la guía tiene como base directrices generales que se adaptan para atender la respuesta.

Es este sentido, es oportuno facilitar la activación desde la Dirección Provincial de Salud del Guayas, mediante los siguientes pasos:

- 1.- Conocimiento del contenido de la guía, para la preparación del sector salud ante una posible pandemia de influenza.
- 2.- Identificación de los equipos y sus roles ya establecidos dentro del orgánico funcional de la Dirección Provincial de Salud.
- 3.- Implementación del Manual

Mejorar la capacidad de respuesta del sector salud, orientando al equipo técnico de la Dirección Provincial de Salud del Guayas a través de una guía para la preparación del sector salud ante una posible pandemia de influenza en la provincia del Guayas.

Desarrollo de la propuesta

En cualquier emergencia, pequeña o grande debe haber siempre una persona encargada de administrar la respuesta, a fin de:

- Evaluar la situación.
- Determinar y acceder a los recursos disponibles.
- Desarrollar un plan de acción apropiado ante el escenario de una pandemia.

- Supervisar la eficiencia del plan.
- Modificar continuamente el plan de modo que siga siendo apropiado a la realidad de la situación.
- La estructura del sistema se puede establecer y expandir dependiendo de las condiciones del escenario al que se enfrente el sector Salud. El sistema se puede utilizar para una pandemia de diversos agentes causales.
- Este Sistema permite que múltiples actores del sector salud se comuniquen con procedimientos comunes en cuanto a terminología y funcionamiento y también permite la combinación oportuna de recursos, protocolos, etc.

### **3.1.1 Definición de Roles y Responsabilidades**

Partiendo del conocimiento de los instrumentos que disponga la máxima autoridad, deberán utilizarse para responder ante una pandemia, y siempre respetando: los niveles de las diferentes autoridades, directrices técnicas, la implementación de los protocolos, normas y actividades en general, de acuerdo con la presente propuesta, se organizarán según la capacidad instalada, y con la respectiva utilización.

Los contenidos, desarrollarán aspectos específicos así; Administrativos, Técnicos, De Vigilancia Epidemiológica y de logística básicamente.

#### **3.1.1.1 Aspectos Administrativos**

La organización del Sistema de Respuesta ante una Pandemia en la Dirección Provincial de Salud del Guayas en su máxima expansión estaría compuesto por:

- Director Provincial de Salud; con el respectivo cuerpo de asesores en temas de epidemiología.
- Desplazarse a lugares de relevancia para aclarar situaciones de posible pánico, para efectuar la respuesta. Todos los miembros del Equipo, así como el resto del personal que se encuentre en diferentes lugares de manejo estratégico de la situación, se deberán de reportar al Director Provincial de Salud.

Solo el Director Provincial de Salud maneja información como representante de la Máxima autoridad nacional en salud del País.

El Director Provincial de Salud deberá de ceder el su accionar en situación de pandemia a un especialista calificado o designado por la máxima autoridad a nivel Nacional o en su defecto por el inmediato superior del DPSG.

Deberá de activar el Plan de Contingencia y respetar todas sus acciones y anexos. (El Plan se actualiza periódicamente)

- Es responsable de la seguridad de todo el personal que se active y que se encuentre bajo su mando autoridad respondiendo a funciones delegadas en situación de Pandemia.
- Permanecerá en el la Dirección de Salud del Guayas en el área designada. e informara de su ubicación en todo momento.
- Deberá de identificar puntos de encuentro y áreas de reunión en caso de coordinar acciones de emergencia.
- Recolectara información sobre la magnitud del impacto del evento en la población y sobre los recursos comunitarios disponibles.
- Coordinara con otros actores del sector.
- Proporcionar información inicial a sus inmediatos superiores.

Al delegar responsabilidades deberá de especificar lo siguiente:

- ✓ Quiénes van a realizar el trabajo.
  - ✓ Qué es lo que van a hacer.
  - ✓ Cuándo lo van a hacer.
  - ✓ Dónde lo van a hacer.
  - ✓ Cómo lo harán.
  - ✓ Por qué lo van a hacer
- Establecerá para este tema específico, una cadena de mando dentro de la Dirección Provincial de Salud del Guayas para que éste actúe en su ausencia.
  - Autorizará la entrega de información a la prensa y medios de comunicación.
  - No se deberá de involucrar en los pequeños detalles de las operaciones.

### 3.1.1.2 Aspectos Técnicos

Los aspectos técnicos se desarrollaran a través de las siguientes áreas: Coordinación Técnica, Planeamiento, Finanzas, Servicios de salud, Vigilancia Epidemiológica, de salud Mental, Área de Relaciones Públicas y Enlace.

#### Área de Coordinación Técnica

- El responsable de seguridad tendrá las siguientes funciones:
- Obtener información del Director Técnico (papel que puede desempeñarlo el epidemiólogo provincial junto al Punto focal para emergencias y Desastres en Salud de la Provincia del Guayas)
- Identificara las situaciones potencialmente peligrosas que puedan atentar contra la integridad física de los integrantes del Equipo de Pronta Respuesta
- Participara en las reuniones de planeamiento.
- Sugerir puntualmente ante una orden dada por el Director o Director Técnico Provincial de Salud del Guayas cuando ésta constituya un riesgo inaceptable para la seguridad.
- Notificar inmediatamente al Director Provincial de Salud del Guayas cuando decida sugerir al respecto de una orden.
- Ejercer autoridad de emergencia para detener y prevenir actos inseguros.
- Investigar los accidentes que ocurran dentro de la operativización de la respuesta y que impliquen a los colaboradores de la DPSG o MSP
- Tendrá bajo su responsabilidad el cambio de recursos humanos en las diferentes áreas identificadas para la respuesta, o realizar el respectivo relevo y supervisara permanentemente la Salud Mental de sus integrantes con la finalidad de detectar casos de agotamiento.
- Evaluará permanentemente el estado de Salud Mental de los funcionarios a cargo de cada una de las áreas o responsabilidades macro.
- Asumirá el rol en este tema en caso de ausencia del Director Provincial de Salud del Guayas
- Designara al líder de cada Grupo de tarea (GT).
- Instruirá a cada Grupo de tarea sobre las acciones a desarrollar.
- Recibirá los informes y los requerimientos de cada Grupo de tarea.
- Supervisara el desarrollo de las actividades de cada Grupo de Tarea

- Organizara reuniones de coordinación con los integrantes de cada Grupo de Tarea.
- Socializara con los demás actores del sector: Lineamientos para elaborar planes de contingencia (Anexo # 2)
- Socializara con los demás actores del sector: Lineamientos para elaborar un plan comunicacional.(Anexo # 3)

### **Área de Planeamiento**

El responsable de Planeamiento tendrá las siguientes funciones:

- Determinar las condiciones de los servicios de Salud al inicio de la declaratoria de Pandemia.
- Identificar indicadores epidemiológicos previos a la presentación de la pandemia.
- Asesorar a las organizaciones locales en la implementación de Programas de cuidados específicos ante la declaratoria de pandemia (De acuerdo al agente etiológico).
- Diseñar estrategias de intervención para cada Grupo de Tarea e indicadores que permitan evaluar su impacto en área de trabajo.
- Entrenar al personal de salud y de la comunidad con la finalidad de continuar con el proceso de atención y seguimiento de acuerdo con la evolución de la Pandemia.
- Contará con un Grupo de Tarea de Apoyo Administrativo que se encargara de las labores secretariales que se requieran.

### **Área de Finanzas**

El responsable del área de Finanzas tendrá como funciones las siguientes:

- Asegurara el financiamiento oportuno que garantice el desplazamiento y operatividad del Sistema de respuesta ante una Pandemia, por un tiempo determinado.
- Analizara los costos de la implementación de las actividades incluyendo su traslado, hospedaje y alimentación.
- Asegurará el pago de viáticos en forma anticipada

- Elaborara un informe con el específico detalle del gasto, desde la declaratoria de Pandemia.(Anexo #1)

### **Área de los Servicios de Salud**

El responsable del área de los Servicios de Salud tendrá las siguientes funciones:

- Garantizar la asistencia sanitaria y acceso rápido a los servicios de salud, a través de medidas de salud pública en cada nivel de atención para cada una de las fases de la pandemia
- Desarrollar actividades de control de la infección, vigilancia y seguimiento de los pacientes
- Evaluar la disponibilidad de camas a nivel de área y aplicar estrategias para ampliar la capacidad actual de los servicios de salud y, mejorar su capacidad de respuesta.
- Desarrollar protocolos para el manejo de pacientes ambulatorios y que necesitan cuidados intrahospitalarios.
- Hacer mas efectivo el sistema de referencia y respuesta de pacientes con enfermedad respiratoria compatible o similar a la gripe,
- Establecer un centro de seguimiento de la pandemia (físico o telefónico) para gestionar el flujo de pacientes.
- Fortalecer la vigilancia y medidas de control de la infección en el hospital y analizar los casos de probable transmisión hospitalaria para revisar la eficacia y/o el cumplimiento de las medidas de control recomendadas.

### **Área de Salud Mental**

Se implementaran de acuerdo a la necesidad de manejar escenarios relacionados con la pandemia, en los que se enfoque el accionar a grupos tales como:

#### **Grupo de Tarea con niños, niñas y adolescentes**

La misión de este Grupo se orienta a desarrollar programas dirigidos al cuidado de la Salud Mental de los niños, niñas y adolescentes de la comunidad afectada aprovechando los espacios de las escuelas, iglesias o albergues, así mismo capacitara a los maestros y padres de familia para entender las conductas que presenten sus hijos, aplicar medidas de apoyo y detectar tempranamente trastornos de conducta que requieran intervención especializada.

### **Grupo de tarea con grupos especiales, ancianos y mujeres**

Este equipo de trabajo se orientara a prestar ayuda psicológica a colectivos especiales con déficit motriz o sensorial a si como ancianos, garantizándoles seguridad física y atención asiéndoles sentirse útiles en las acciones de organización y cuidados especiales.

Así mismo se debe considerar el hecho de organizar talleres de autoayuda orientados a mujeres con la finalidad de facilitar expresión de emociones y sentimientos y diseñar estrategias para el cuidado y atención de su carga familiar.

### **Grupo de Tarea para el manejo del duelo masivo.**

Este equipo diseñara tácticas de intervención orientadas a dar apoyo y acompañamiento a los deudos en la identificación de cadáveres y facilitara las expresiones de duelo de acuerdo a los ritos culturales de cada comunidad.

### **Grupo de Tarea comunitario.**

Este grupo realizará un trabajo comunitario destinado a recomponer el tejido social lo antes posible, identificando a los líderes naturales de cada comunidad y reactivando las organizaciones de base y la organización de la comunidad para su participación activa de su propia rehabilitación y reconstrucción.

## **Área de Relaciones Públicas y Enlace.**

El responsable de Relaciones Publicas tendrá las siguientes funciones:

- Establecer contacto con Comunicación Social del MSP nivel central, con el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) de la Agencia responsable del manejo de emergencias nacional que esté presente en el lugar y con otras Agencias Gubernamentales y No Gubernamentales.
- Establecerá contacto con los medios de prensa y brindara información exacta y autorizada de las acciones en Salud que se estén efectuando en el lugar.
- Participara en las reuniones de coordinación Inter Institucionales con la finalidad de diseñar las mejores estrategias de comunicación social para neutralizar y prevenir el rumor y orientar a la población en las acciones de rehabilitación.

- Actualizar protocolos de manejo de pacientes, servicios de salud, medicamentos, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública.
- Operativamente y bajo directrices de la Dirección Técnica, socializará con los demás actores del sector: Lineamientos para elaborar un plan comunicacional. (Anexo # 3)

### **3.1.1.3 Aspectos de la Vigilancia Epidemiológica:**

- El responsable o responsables de la Vigilancia epidemiológica, tendrán las siguientes funciones.
- Apoyar a las autoridades locales en el establecimiento o adaptación del sistema de vigilancia de enfermedades y alerta epidemiológica, que incluye la comprobación y confirmación de casos sospechosos y control de brotes.
- Apoyar a las autoridades locales y a los equipos extranjeros en medidas de control (medidas preventivas o curativas que incluyan control de vectores, control alimentario y sanidad animal).
- Documentar la situación epidemiológica para referencia futura.
- Establecer un sistema de recopilación de información epidemiológica y de análisis y estructurar los informes diarios para que incluyan potencial sobre riesgo epidemiológico.
- Proponer las medidas para restablecer los programas de salud pública de manera rápida.

### **3.1.1.4 Aspectos de Logística**

El responsable del Área de Logística tendrá las siguientes funciones:

- Asegurara los medios de traslado y retorno de los funcionarios, colaboradores que deban desplazarse, por motivos inherentes a la respuesta ante la pandemia.
- Proveerá el trámite administrativo para asegurar los pasajes de ida y retorno en forma oportuna.
- Asegurara que el personal inmerso sea provisto de prendas de protección de acuerdo a las condiciones climáticas imperantes en el lugar del incidente.

- Conseguirá los medios de transporte en el lugar para la movilización de los integrantes de los Grupos de Tareas.
- Proveerá reservas de agua potable y alimentos para los integrantes de los Grupos de Tarea cuando las labores asignadas se desarrollen en horarios de difícil acceso a las necesidades básicas.
- Asegurará los medios de comunicación radial para los Oficiales responsables de las diferentes Áreas.
- Dotará de los equipos requeridos para el trabajo especializado de cada Grupo de Tarea según sus requerimientos (manuales, guías, lápices, crayolas, plumones, titeres, encuestas, papeles, etc.)
- Garantizará las comunicaciones entre las diversas áreas del ICS , los Grupos de Tareas y el Comandante de Incidente y de este con el Equipo de Manejo de Área y el Equipo de Manejo de Crisis.
- Contará con Grupos de Tarea encargados del transporte el Abastecimiento y las Comunicaciones.
- Elaborará el respectivo informe con detalle de las decisiones tomadas en relación a los justificativos técnicos, con los debidos soportes, además de conservar el orden cronológico.
- Organizar, instalar y mantener los equipos tecnológicos, incluyendo las telecomunicaciones.
- Preparar la lista básica de necesidades y explorar la posibilidad de hacer compras locales.
- Identificar las necesidades logísticas en el sector salud.
- Identificar las necesidades operacionales.



Fig.2.- Estructura PARA LA IMPLEMENTACION DE LA GUIA PARA LA PREPARACION DEL SECTOR SALUD ANTE UNA POSIBLE PANDEMIA DE INFLUENZA EN LA DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DEL GUAYAS.

\*Cada uno de los aspectos estará a cargo de un responsable designado por el coordinador del respectivo proceso o por el Director Provincial de Salud.

Elaboración: Autora

**CAPITULO IV**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **4.1 Conclusiones:**

- El sector Salud, está comprometido y decidido a concretar los objetivos, metas y proyectos con una política concertada y participativa con todos los actores involucrados, ejecutando las acciones necesarias para mejorar la situación actual de la salud de la población, propiciando la prestación de servicios con equidad, eficacia, calidez y calidad.
- El nuevo modelo de gestión del Ministerio de Salud Pública, en el marco de la reestructuración general del estado, prioriza en el Control y Vigilancia epidemiológica, lo que fortalece el accionar ante una situación de Pandemia.
- El sistema de salud local, con los diferentes actores del sector y en bajo la coordinación de la Dirección Provincial de salud del Guayas, pueden con los recursos existentes, responder ante una pandemia por influenza, en la fase de contención.
- Cabe mencionar, que anualmente el MSP en lo que a Guayas respecta logró alcanzar un número de 7'110.291 consultas durante todo el 2009, es decir, 592.524 consultas por mes, lo que corresponde a aproximadamente la cuarta parte de la población de la provincia, en situaciones regulares.
- Actualizar planes de respuesta, basados en el accionar que se propone en el Manual para la implementación de la Guía para la preparación del sector salud ante una posible pandemia de influenza en la Dirección Provincial de Salud del Guayas, lo que ayudara a un fácil manejo de la respuesta.

## 4.2 Recomendaciones:

- Generar reuniones de trabajo, con el consejo técnico de la Dirección Provincial de Salud del Guayas, para familiarizarse con formatos comunes ante eventos tales como una pandemia.
- Consolidar datos de toda la producción del sector salud, de esta forma obtendremos cifras reales y actualizadas en relación a los servicios con los que se cuenta, tanto públicos como privados al responder ante una pandemia.
- Se debe generar una estrategia conjunta entre las instituciones del sector, con la finalidad de convertirla en acuerdo, pues posterior a la respuesta inmediata, se evidenciaran necesidades en relación a la hospitalización, situación que se controlaría en gran medida con protocolos de triaje.
- Es importante conservar el alcance de control entre las actividades regulares y aquellas que demanda la emergencia, para poder obtener los resultados esperados y optimizar la respuesta, lo que podría conseguirse utilizando el Manual para la implementación de la Guía para la preparación del sector salud ante una posible pandemia de influenza en la Dirección Provincial de Salud del Guayas.
- Actualizar anualmente la matriz de línea de base de los servicios de salud en toda la provincia.(Anexo #4)

## **BIBLIOGRAFIA:**

- 1) Diagnostico Situacional en salud de la Provincia del Guayas 2006 – 2007, dirección Provincial de salud del Guayas. 2007
- 2) Dirección General de Salud (1993). Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cólera. Ministerio de Salud Pública, Quito Ecuador.
- 3) Dirección Provincial de salud del Guayas, Departamento de Estadística.
- 4) Guerrero G, Narváez A, Pozo N. (2004). Manual de Normas y procedimientos del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica Componente Alerta Acción (SIVE-ALERTA). Ministerio de Salud, Quito Junio del 2004.
- 5) Granda U, Edmundo,(2009) La Salud y La Vida. Ministerio de Salud Pública, Quito Ecuador,p.257,258,259.
- 6) Jefferson T, Foxlee R, Del Mar C, Dooley L, Ferroni E, Hewak B, Prabhala A, Nair S, Rivetti A (2008). Intervenciones para frenar o reducir la propagación de virus respiratorios. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2. <http://www.update-software.com>
- 7) Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Ro/ 670 de 25 de septiembre 2002
- 8) Ministerio de Salud Pública. Guía Operativa de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Tipo de Influenza (ETI) e Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG),Ecuador, mayo 2008
- 9) Ministerio de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, Acciones para contener la transmisión de influenza A(H1N1). México 30 de Abril de 2009.
- 10) MSP - Enfermedades y eventos de notificación obligatoria sujetas a vigilancia epidemiológica epidemiología EPI -2 (diez primeras causas de morbilidad por provincias - 2007)
- 11) MSP- CONASA Plan de Acción 2006 – 2008 Política de Salud
- 12) Narváez A, Moreira J. (2009). Priorización de enfermedades. Ministerio de Salud Pública, Quito-Ecuador. Manuscrito.

- 13) Organización Mundial de Salud, Definiciones de caso de Influenza A (H1N1), 30 de Abril 2009.
- 14) Paredes C, Flor L, Gutiérrez E. (2008). Guía Operativa para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Tipo Influenza (ETI). E Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG). Ministerio de Salud Pública. Ecuador, Mayo 2008.
- 15) Perfil – Sistema de Salud Ecuador (pdf) 2008
- 16) Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013
- 17) Plan Estratégico del Ministerio de Salud Pública, Periodo 2009 – 2013, Consultoría Privada
- 18) Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias, Manuales y Guías sobre desastres, Organización Panamericana de la Salud, Agosto 2002.
- 19) Guía práctica de Salud mental en Desastres, Serie manuales y Guías sobre desastres, Mayo 2006
- 20) Manejo de cadáveres en situaciones de desastres, Manuales y Guías sobre desastres, Organización Panamericana de la Salud, Agosto 2004.
- 21) La gestión de cadáveres en situaciones de desastre: Guía práctica para equipos de respuesta Serie manuales y Guías sobre desastres, 2006.
- 22) Ataque NBQ y su impacto psicológico en la población, Santiago Valero Álamo, artículo personal 2005.
- 23) Manual para el cuidado de la salud mental de los equipos de primera respuesta, Santiago Valero Álamo, 2001.
- 24) [www.paho.org/desastres](http://www.paho.org/desastres) [www.paho.org/spanish/ped/saludm.htm](http://www.paho.org/spanish/ped/saludm.htm)
- 25) [www.aprofe.org.ec/web/documentos/.../2009\\_09/2009\\_09\\_editorial.pdf](http://www.aprofe.org.ec/web/documentos/.../2009_09/2009_09_editorial.pdf)
- 26) Gestión de la información y Comunicación en emergencias y desastres. OPS/OMS, Biblioteca sede OPS . Catalogación en La fuente.

## **ANEXOS**

## ANEXO #1

### Logística, lista de verificación

Funciones	Descripción	Se realiza <sup>(1)</sup>			Responsable <sup>(2)</sup>	Observaciones <sup>(3)</sup>
		SI	No	Parcial		
Administración de la cadena de suministros de salud	Cadena de suministro y recursos humanos contratados o encargados de logística.					
Adquisición y compras	Selección, adquisición subcontratación.					
Almacenamiento e inventario	Manejo de almacenes					
	Movimientos de inventarios					
IT, radios y comunicaciones	Redes funcionando					
	Central comunicación					
	Oficinas de campo					
Transporte	Mercancías					
	Medios de transporte					
	Administración de proveedores de transporte					
	Gerencia de la flota					
Mantenimiento	Equipos de comunicación					
	Sistemas, médicos					
	Vehículos					
Importaciones y donaciones	Manejo de documentos y procedimientos de importaciones y donaciones.					
Implementación LES-SUMA (Otros sistemas)	Sistema de donaciones y suministros					
Necesidades básicas de operación ERB	Habitación, alimentación, seguridad, movilidad					

- (1) Marque con una X cuando verifique la función descrita.  
 (2) Registre el nombre del responsable del proceso indicado.  
 (3) Indique las observaciones que considere pertinentes.

## ANEXO #2

### LINEAMIENTOS PARA PLAN DE CONTINGENCIA

COMPONENTES	CONTENIDOS
1 CARATULA	<p>NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN</p> <p>NOMBRE DE LA DPS, AREA, UNIDAD OPERATIVA</p> <p>TÍTULO DEL PLAN</p> <p>AUTOR/ES</p> <p>LUGAR Y FECHA</p>
1) INTRODUCCIÓN	<p>1.1. Breves Antecedentes: Históricos geográficos, políticos, sociales, económicos (Máximo. 1 Página, basarse en el Diagnóstico Situacional de Salud Local).</p> <p>1.2. Describir la Red de Servicios de Salud</p>
2) CARACTERIZACIÓN DEL RIESGO	<p>2.1. Realizar el perfil epidemiológico de la población (incluir análisis de disponibilidad de servicios básicos en la localidad)</p> <p>2.2. Descripción y análisis de las amenazas que afectan al territorio</p> <p>2.3. Descripción y análisis de las vulnerabilidades: (económica, social, ecológica, organizacional, educacional, actitudinal, política, cultural, física-Infraestructura-)</p> <p>2.4. Realizar el mapa de riesgo (utilizar la Guía adjunta para la elaboración de mapas de riesgo comunitarios adjunto).</p>
3) DEFINICION DE HIPÓTESIS	<p>Planteamiento de hipótesis de acuerdo con el análisis del riesgo descrito en el punto anterior. (Ej: hipótesis de incendio, deslizamientos, deslaves, inundaciones u otros )</p>
4) OBJETIVOS	<p>Objetivo General: Descripción concreta de lo que se pretende alcanzar con el plan.</p> <p>Objetivos Específicos: Desagregación del Objetivo general, considerando las hipótesis planteadas.</p>
5) RECURSOS	<p>5.1 HUMANOS:</p>

<p><b>6) ACTIVIDADES</b></p>	<p><b>5.1.1. Identificar todos los actores locales que participarán en la implementación del plan</b></p> <p><b>5.1.2. Detallar características del talento humano existente salud (número de profesionales, especialistas, personal administrativo y de servicio, etc).</b></p> <p><b>5.2. FISICOS:</b></p> <p><b>5.2.1 Enumerar el equipamiento, así como vehículos existentes y disponibles para la atención en salud en el área de referencia de cada Equipo de Salud</b></p> <p><b>Se recomienda conformar brigadas de primeros auxilios, contra incendios, equipo EDAN u otras que se requieran, conforme Ficha Técnica adjunta, ( Anexo No.2)</b></p>
<p><b>7) IMPLEMENTACIÓN, SOCIALIZACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACION</b></p>	<p><b>7.1. Describir con detalle los momentos para: Socializar el plan, monitorear con la comunidad e instituciones del sector salud, así como con el COE Local.</b></p> <p><b>Preparar la realización de simulaciones y simulacros.</b></p> <p><b>7.2 Plantear la actualización anual de este plan</b></p>

Fuente: MSP - DIPLASEDE, 2009

## ANEXO # 3

### LINEAMIENTOS PARA PLAN DE COMUNICACIÓN

#### Insumos y recursos para la planificación

- Se ha designado un/a coordinador/a de la comunicación.
- La organización cuenta con un vocero.
- Se dispone de listas actualizadas de contactos.
- Se cuenta con equipos técnicos y recursos humanos disponibles.
- Se cuenta con condiciones logísticas y de transporte.
- Se ha contactado a las organizaciones clave del sector salud y desastres.
- Autoridades de salud conocen necesidades de gestión de información y comunicación.
- Están claros los protocolos de visibilidad de la OPS/OMS.
- Analice las acciones de comunicación y gestión de información puestas en marcha en anteriores situaciones de desastre.
- Estudie las mejores prácticas y las lecciones aprendidas.

#### Formulación del plan

- Identifique las necesidades prioritarias de la población, del sector salud y los medios.
- Establezca objetivos que atiendan esas necesidades.
- Defina acciones prioritarias de comunicación y de gestión de información.
- Determine recursos y plazos necesarios para implementarlas.
- Haga un mapeo de las iniciativas de comunicación que estén en curso en el ministerio de salud y en la OPS/OMS.
- Actualice el inventario de materiales informativos y educativos disponibles.
- Actualice -o establezca- la relación entre las organizaciones clave del sector salud y desastres y entre ellas y los medios de comunicación.
- Decida -junto con los tomadores de decisión- el perfil de la relación que desearían tener con los medios de comunicación durante un desastre.
- Maneje con propiedad los protocolos de visibilidad de las instituciones nacionales de salud y de la OPS/OMS.
- Recuerde llevar un registro del proceso de planificación y ejecución de tareas, que facilite la evaluación del trabajo.
- Establezca y revise periódicamente los mecanismos de monitoreo y evaluación.

† Lista de acciones que el equipo de respuesta puede revisar cuando es enviado a una emergencia (no son acciones secuenciales).

Fuente: Gestión de la información y Comunicación en emergencias y desastres. OPS/OMS

**ANEXO # 4**

**MATRIZ LÍNEA DE BASE DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN TODA LA PROVINCIA**

DIRECTORIO DE ESTABLECIMIENTOS POR TIPO, DOTACION NORMAL DE CAMAS, AREAS Y UBICACION GEOGRAFICA, SEGUN INSTITUCIONES PROVINCIA DEL GUAYAS.- AÑO 2010										
NOMBRE	TIPO	INSTITUCION	DOTACION NORMAL DE CAMAS			SERVICIOS	AREA	UBICACION GEOGRAFICA		
			HOSP	QUIMIO	CC			CANTON	PARROQUIA	LOCALIDAD

Fuente: Estadística e Informática de la Dirección Provincial de Salud del Guayas.

## ANEXO #5

### Glosario de Términos:

**Amenaza:** Representa un peligro latente asociado con un fenómeno físico de origen natural ó antrópico que puede presentarse en un sitio específico y en un tiempo determinado, los bienes y/o el medio ambiente.

**Cepa Viral.- (Biol)** Conjunto de microorganismos que deriva de un ascendiente común y conserva sus cualidades y propiedades específicas mediante cultivos y otros métodos de control: *una cepa toxigénica*

**Contrarreferencia.-** derivación de los pacientes en sentido inverso, en el cual se reenvía al establecimiento que refiere la información sobre los servicios prestados y las respuestas e indicaciones a las solicitudes de apoyo asistencial

**Desastre:** alteración en forma súbita a las personas, su medio ambiente o sus bienes causado por factores externos de origen antrópico o natural que demandan la inmediata acción de las autoridades a fin de mitigar los efectos adversos de estos sobre la salud de las personas. Excede la capacidad de respuesta y demanda ayuda externa de orden nacional ó internacional.

**Emergencia:** alteración en forma súbita de las personas, el medio ambiente que lo rodea o sus bienes por causas naturales ó antrópicas y que demandan la inmediata acción de las entidades de salud, tendiente a disminuir las consecuencias del mismo. **Se** caracteriza por no exceder la capacidad de respuesta

**Grupos de tarea.-** Los Grupos de tarea han sido propuestos en función a las diversas actividades que se pueden realizar en respuesta ante el escenario de una Pandemia. La misión asignada a cada Grupo de Tarea estará en función al Plan de Nacional ante una Pandemia, el cual a su vez responde a las políticas de Salud del Ministerio de Salud Pública.

**IRAG.-** Infecciones Respiratorias Agudas Graves

**Morbilidad.-** Morbilidad se describe como el número total de enfermedades/problemas de salud o condición incapacitante que acontece durante un período a una población o lugar determinado. Pueden ser remediadas, curadas o controladas. Algunas de ellas pueden ser prevenidas.

**Mortalidad.-** La palabra mortalidad también se refiere a la tasa de defunciones o el número de defunciones en un grupo determinado de personas en un período determinado.

**Referencia.-** Derivación del paciente entre un establecimiento de menor capacidad resolutive hacia otro de mayor, menor o igual complejidad en la asistencia, complementación diagnóstica o terapéutica debido a que los recursos propios y disponibles de primera atención no permiten dar respuesta a las necesidades del paciente, en especial cuando estas requieren la intervención de personal especializado y tecnología avanzada.

**Riesgo:** Daño, destrucción o pérdida esperada obtenida de la probabilidad de ocurrencia de eventos peligrosos y de la vulnerabilidad de los elementos expuestos a tales amenazas.

**Tasa de letalidad.-** es la proporción de personas que mueren por una enfermedad entre los afectados por la misma en un periodo y área determinados. Es un indicador de la virulencia o de la gravedad de una enfermedad.

**Triage.-** Método de la Medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles

**Vulnerabilidad:** predisposición intrínseca de un sujeto o elemento a sufrir daño debido a posibles acciones externas.

Las instituciones de salud deben considerar la evaluación de las condiciones de vulnerabilidad en los siguientes aspectos

**Vulnerabilidad:** predisposición intrínseca de un sujeto o elemento a sufrir daño debido a posibles acciones externas.

Las instituciones de salud deben considerar la evaluación de las condiciones de vulnerabilidad en los siguientes aspectos

