

REGISTRO OFICIAL

ÓRGANO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

SUMARIO:

Págs.

FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDOS:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA:

00012-2021 Apruébese y autorícese la publicación del documento “Plan de Preparación y Respuesta Integral ante la COVID-19 - Plan Fénix” 2

**MINISTERIO DE TRANSPORTE
Y OBRAS PÚBLICAS:**

054-2021 Condecórese “Al Mérito Profesional” al Sargento Segundo Edgar Patricio Canchignia Herrera 56

No. 000 12 - 2021

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que,** la Constitución de la República del Ecuador en el artículo 3, numeral 1, prevé como uno de los deberes primordiales del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud de sus habitantes;
- Que,** la citada Constitución de la República, ordena: *“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 sustenten el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”;*
- Que,** la Norma Suprema manda: *“Art. 154.- A las ministras y ministros de Estado, además de las atribuciones establecidas en la ley, les corresponde: 1. Ejercer la rectoría de las políticas públicas del área a su cargo y expedir los acuerdos y resoluciones administrativas que requiera su gestión (...)”;*
- Que,** el artículo 358 de la Constitución de la República, dispone: *“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.”;*
- Que,** el artículo 361 de la Carta Constitucional, prevé: *“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.”;*
- Que,** el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud, determina que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que le corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley, siendo obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia;
- Que,** la Ley Ibídem, en el artículo 6, establece entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: *“(...) 5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la*

detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información; (...); 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud, así como los instrumentos internacionales de los cuales el Ecuador es signatario (...).”;

Que, la Ley Orgánica de Salud en el artículo 61, estipula: *“Las instituciones públicas y privadas, los profesionales de salud y la población en general, reportarán en forma oportuna la existencia de casos sospechosos, probables, compatibles y confirmados de enfermedades declaradas por la autoridad sanitaria nacional como de notificación obligatoria y aquellas de reporte internacional. Las instituciones y profesionales de salud, garantizarán la confidencialidad de la información entregada y recibida.”;*

Que, el artículo 62 de la Ley Orgánica de Salud, señala que la Autoridad Sanitaria Nacional elaborará las normas, protocolos y procedimientos que deben ser obligatoriamente cumplidos y utilizados para la vigilancia epidemiológica y el control de las enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes de notificación obligatoria;

Que, el artículo 64 del mismo cuerpo normativo, preceptúa que: *“En casos de sospecha o diagnóstico de la existencia de enfermedades transmisibles, el personal de salud está obligado a tomar las medidas de bioseguridad y otras necesarias para evitar la transmisión y propagación de conformidad con las disposiciones establecidas por la autoridad sanitaria nacional.”;*

Que, el Código Orgánico Administrativo, establece: *“Art. 130.- Competencia normativa de carácter administrativo. Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo únicamente para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos en los que la ley prevea esta competencia para la máxima autoridad legislativa de una administración pública (...).”;*

Que, el 30 de enero de 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) comunicó que la enfermedad por el nuevo coronavirus (2019-nCoV) constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional; y, el 11 de marzo del mismo año declaró al brote del coronavirus como pandemia global, solicitando a los países intensificar las acciones para mitigar su propagación, proteger a las personas y trabajadores de la salud y salvar vidas;

Que, a través de Decreto Ejecutivo No. 17, expedido el 24 de mayo del 2021, publicado en el Séptimo Suplemento del Registro Oficial No. 459 de 26 de los mismos mes y año, el Presidente Constitucional de la República designó a la doctora Ximena Patricia Garzón Villalba, como Ministra de Salud Pública;

Que, el informe técnico No. SNVSP# 004 de 27 de julio de 2021, elaborado en el Proyecto de Prevención y Control de VIH/Sida/ITS y Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica,

aprobado por el Subsecretario Nacional de Vigilancia de la Salud Pública, concluye: "En el momento actual, la necesidad del plan de respuesta viene motivado por la emergencia ocasionada por el riesgo a escala comunitaria que supone la pandemia provocada por la COVID-19 (SARS-Cov-2).

El "Plan de Preparación y Respuesta integral ante la COVID-19 - Plan Fénix" y su ejecución es una alternativa para mitigar los efectos de la Pandemia en el mundo, el plan de respuesta está basado en una evaluación de riesgos que permite identificar un conjunto de medidas y acciones básicas concretas de respuesta, que con su actuación adecuada y efectiva, se espera contener posibles estados de emergencias que pudieran ocurrir y que garanticen una continuidad de la actividad de Salud Pública ante un posible incremento de la transmisión y que incluyan las actuaciones en el campo de la vigilancia epidemiológica, la prevención y control de la transmisión."

- Que,** *el informe técnico antes citado recomienda: "Emitir el Acuerdo Ministerial para oficializar el "Plan de Preparación y Respuesta integral ante la COVID-19 - Plan Fénix", con la finalidad de mitigar los efectos de la pandemia por la COVID-19, previendo futuros brotes y nuevas emergencias sanitarias."*
- Que,** mediante memorando Nro. MSP-VGVS-2021-0783-M de 6 de agosto de 2021, el Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud remitió el antes referido informe técnico, así como el "*Plan de Preparación y Respuesta integral ante la COVID-19 - Plan Fénix*"; y, solicitó al Coordinador General de Asesoría Jurídica se realicen los trámites necesarios para la expedición del Acuerdo Ministerial pertinente;
- Que,** con memorando Nro. MSP-DNCL-2021-0813-M de 18 de agosto de 2021, el Director Nacional de Consultoría Legal solicitó al Director Nacional de Normatización: "*(...), en razón del análisis y argumentos expuestos en la reunión mantenida el 17 de agosto de 2021, según lo acordado y debidamente autorizado por el señor Coordinador General de Asesoría Jurídica, solicito que, previo a la elaboración y expedición del Acuerdo Ministerial correspondiente, se realicen los ajustes al instrumento denominado " Plan de Preparación y Respuesta integral ante la COVID-19 - Plan Fénix"; y,*
- Que,** con memorando Nro. MSP-DNN-2021-0327-M de 19 de agosto de 2021, el Director Nacional de Normatización, informó al Director Nacional de Consultoría Legal: "*(...) que se han incluido en el documento las observaciones realizadas, por lo que solicito se realice el trámite pertinente para continuar con la revisión y expedición del mismo", en alusión al Plan de Preparación y Respuesta integral ante la COVID-19 - Plan Fénix*".

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 154 NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y 130 DEL CÓDIGO ORGÁNICO ADMINISTRATIVO

ACUERDA:

Artículo 1.- Aprobar y autorizar la publicación del documento denominado “Plan de Preparación y Respuesta integral ante la COVID-19 - Plan Fénix”, anexo al presente Acuerdo Ministerial.

Artículo 2.- Disponer que el “Plan de Preparación y Respuesta integral ante la COVID-19 - Plan Fénix” sea de cumplimiento obligatorio por todo el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 3.- Publicar el “Plan de Preparación y Respuesta integral ante la COVID-19 - Plan Fénix” en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA ÚNICA:

Deróguense todas las normas de igual o menor jerarquía que se opongan al presente Acuerdo Ministerial.

DISPOSICIÓN FINAL:

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública como instancia coordinadora del “Plan de Preparación y Respuesta integral ante la COVID-19 - Plan Fénix”; y, a las Subsecretarías Nacionales de Gobernanza de la Salud Pública, de Promoción de la Salud e Igualdad, de Provisión de Servicios de Salud, de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud; a las Coordinaciones Generales; Gerencias; y, Direcciones Nacionales, según sus competencias, como instancias ejecutoras de dicho Plan.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito a, **14 OCT. 2021**


Dra. Ximena Patricia Garzón Villalba
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



Dictó y firmó el Acuerdo Ministerial, que antecede la señora Dra. Ximena Garzón Villalba, **Ministra de Salud Pública**, el 14 de octubre de 2021.

Lo certifico.-



Firmado electrónicamente por:

**CECILIA
IVONNE ORTIZ**

Mgs. Cecilia Ivonne Ortiz Yépez
**DIRECTORA NACIONAL DE SECRETARÍA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**



Plan de preparación y respuesta integral ante la COVID-19 – Plan Fénix.

Septiembre 2021

Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Dra. Ximena Garzón, Ministra de Salud Pública.
Dr. José Ruales, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud.
Dr. Miguel Moreira, Viceministro de Atención Integral en Salud.
Mgs. María Gabriela Aguinaga, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud Pública.
Dr. Francisco Pérez, Subsecretario Nacional de Vigilancia de la Salud Pública.
Dr. Andrés Corral, Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud.
Dra. Rita Bedoya, Subsecretaria Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad.
Esp. Rodrigo Henríquez, Coordinador General de Planificación y Desarrollo Estratégico en Salud.
Mgs. Andrés Viteri, Director Nacional de Normatización.
Dr. Pablo Acosta, Director Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
Dr. Diego Vallejo, Director Nacional de Gestión de Riesgos.
Mgs. Rafael Castillo, Director Nacional de Comunicación Imagen y Prensa.
Dra. Glenda Guayasamín, Directora Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud.
Dr. Eduardo Silva, Director Nacional de Control Sanitario.

Equipo de redacción y autores

Pérez Tasigchana Francisco, PhD en Medicina Preventiva y Salud Pública, subsecretario, Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública, MSP, Quito.
Acosta Hidalgo Pablo, magister en Salud Pública con mención en Investigación de Servicios y Sistemas de Salud, director, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, MSP, Quito.
Viteri García Andrés, magister en Investigación Clínica Aplicada en Ciencias de la Salud, director, Dirección Nacional de Normatización, MSP; docente investigador, Centro de Investigación de Salud Pública y Epidemiología Clínica, Universidad UTE, Quito.
Vallejo Arias Diego, ingeniero en Gestión de Riesgos y Emergencias, director, Dirección Nacional de Gestión de Riesgos, MSP, Quito.
Bedoya Vaca Rita, PhD, subsecretaria, Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad, MSP, Quito.
Castillo Santacruz Rafael, magister en Comunicación Organizacional, director, Dirección Nacional de Comunicación, Imagen y Prensa, MSP, Quito.
Silva Pancho Eduardo, especialista de Medicina General Integral, director, Dirección Nacional de Control Sanitario, MSP, Quito.
Henríquez Trujillo Rodrigo, especialista en Medicina Familiar, coordinador, Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, MSP, Quito.

Equipo de revisión y validación

Gómez Montenegro Valeria, doctora en Medicina, especialista, Dirección Nacional de Normatización, MSP, Quito.
Cuesta Benavides Janella, magister en Seguridad y Salud Ocupacional, especialista, Dirección Nacional de Normatización, MSP, Quito.
Pozo Gutiérrez Sofía, licenciada en Enfermería, especialista, Dirección Nacional de Normatización, MSP, Quito.

Colaboradores

Este plan fue trabajado con la colaboración de las siguientes instituciones:
Organización Panamericana de la Salud.
Organización Mundial de la Salud.

Contenido

1.	Introducción
2.	Marco legal
3.	Diagnóstico
4.	Impactos en el sector salud
5.	Impactos indirectos de la COVID-19 en el país
6.	Escenarios de transmisión.....
7.	Objetivos y pilares de plan de preparación y respuesta
8.	Pilares.....
9.	Financiamiento
10.	Criterios para orientar la asignación de recursos públicos, inversión, y otras fuentes
11.	Gestión del plan de preparación y respuesta.....
12.	Monitoreo y evaluación
13.	Metodología de monitoreo
14.	Metodologías de evaluación
15.	Abreviaturas.....
16.	Referencias.....
17.	Anexos

1. Introducción

El 31 de diciembre de 2019 las autoridades de la República Popular China notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote de neumonía en la ciudad de Wuhan, provincia Hubei. El 7 de enero de 2020 se identificó como agente causal de este brote un nuevo coronavirus del grupo 2B, de la misma familia del SARS, que se denominó como SARS-CoV-2. El 11 de febrero de 2020, la OMS denominó como COVID-19 a la enfermedad producida por este virus. Basados en la situación mundial y las recomendaciones del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), el 30 de enero la OMS declaró la Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) y posteriormente el 11 de marzo declaró la COVID-19 como una pandemia.¹

El 25 de marzo de 2020, el Secretario General de las Naciones Unidas junto a la OMS, OCHA y UNICEF, presentaron el Plan Mundial de Respuesta Humanitaria la COVID-19, como una iniciativa conjunta de los miembros del Comité Permanente entre Organismos (IASC por sus siglas en inglés), incluidas las Naciones Unidas, otras organizaciones internacionales y ONG; con mandato humanitario, con el objetivo de analizar y responder a las consecuencias directas de la pandemia sobre la salud pública así como a sus efectos indirectos inmediatos sobre la situación humanitaria, especialmente sobre la población que vive en países que ya padecen otras crisis. El Plan Mundial de Respuesta Humanitaria complementa y apoya las respuestas gubernamentales y los mecanismos de coordinación nacionales, prestando la debida atención al respeto de los principios humanitarios.²

Hasta el 19 de mayo de 2021, a nivel mundial 236 países, territorios y áreas, han sido afectados por la COVID-19, el número de casos confirmados es de 164,058,604 y el número de muertes es de 3,403,931. En la región de las Américas, 56 países, territorios y áreas reportan casos de COVID-19, mientras que se han confirmado 65,368,315 casos y 1,599,569 muertes.³

Al momento, se ha avanzado rápidamente para comprender el potencial de transmisión del virus SARS-Cov-2, la gravedad de la enfermedad y reconocer las poblaciones con mayor riesgo. Para mejorar el acceso al diagnóstico y la vigilancia se cuenta con pruebas rápidas de antígenos. Así mismo, se han desarrollado una serie de vacunas con diferentes niveles de protección.

Actualmente, la mayor parte de los países, han implementado medidas de contención y mitigación del virus en sus territorios, que incluyen: la aplicación de protocolos para mejorar la gestión de riesgo en puntos de entrada a los países, así como el flujo internacional y nacional de pasajeros; restricciones a la movilidad interna de sus ciudadanos; intensificación de las acciones de vigilancia epidemiológica; diagnóstico, aislamiento y atención de casos, vacunación de la población, entre otros.

En Ecuador, el 29 de febrero de 2020, el Centro Nacional de Enlace (CNE), notificó el primer caso de COVID-19 en el país, a partir de esa fecha se presentó una rápida diseminación del virus alcanzado la transmisión comunitaria a partir del tercer mes de la epidemia, actualmente la transmisión comunitaria presenta alta incidencia con: riesgo alto de infección para la población general o escenario TC3 conforme lo establece la OMS. En este contexto, el país implementó una serie de medidas sanitarias, sociales, económicas y de seguridad para controlar y mitigar el brote y

elaboró los lineamientos nacionales operativos de respuesta ante la COVID-19.

Con la Declaratoria de Emergencia Sanitaria Nacional, el Gobierno del Ecuador activó la gestión de comando de incidente a través del Comité de Operaciones de Emergencia Nacional (COE-N) provinciales y cantonales, así como las Mesas Técnicas de Trabajo que iniciaron el funcionamiento a partir del 13 de marzo de 2020.⁴

Con estos antecedentes y ante la rápida evolución de la situación, el país ha evaluado y actualizado el plan de preparación y respuesta integral ante la COVID-19 – Plan Fénix, que incorpora las lecciones aprendidas a lo largo del 2020, para anticiparse y prepararse respecto a los desafíos del 2021. El plan establece las acciones que el Estado Ecuatoriano desarrollará para reducir el contagio, la morbilidad y la mortalidad en el territorio nacional, a través de esfuerzos coordinados para suprimir la transmisión de la COVID-19, proteger a los más vulnerables y acelerar el acceso equitativo a nuevas herramientas como pruebas de diagnóstico para su uso en la Red Pública Integral de Salud (RPIS), acceso a vacunas, tratamiento oportuno, entre otros, con el fin de contrarrestar los efectos en la salud de la población asentada en territorio ecuatoriano.

El plan, basa su estrategia en las pautas de planificación operativa de la COVID-19 de la OMS, que incluyen acciones en materia de salud pública, económica y social desagregadas en 10 pilares.⁵

2. Marco legal

Constitución de la República del Ecuador

Art. 3, numeral 1, prevé como uno de los deberes primordiales del Estado, *garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha norma suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.*

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.*

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

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. 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. 389.- *“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 (...)”.*

Ley Orgánica de Salud

Art. 4.- *“La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias”.*

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: (...) *“11. Determinar zonas de alerta sanitaria, identificar grupos poblacionales en grave riesgo y solicitar la declaratoria del estado de emergencia sanitaria, como consecuencia de epidemias, desastres u otros que pongan en grave riesgo la salud colectiva;*

Art. 7.- *“Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;(...)”*

Art. 62.- *“La autoridad sanitaria nacional elaborará las normas, protocolos y procedimientos que deben ser obligatoriamente cumplidos y utilizados para la vigilancia epidemiológica y el control de las enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes de notificación obligatoria, incluyendo las de transmisión sexual.*

Garantizará en sus servicios de salud, atención, acceso y disponibilidad de medicamentos, con énfasis en genéricos, exámenes de detección y seguimiento, para las enfermedades señaladas en el inciso precedente, lo cual también debe garantizar el sistema nacional de seguridad social”.

Art. 64.- *“En casos de sospecha o diagnóstico de la existencia de enfermedades transmisibles, el personal de salud está obligado a tomar las medidas de bioseguridad y otras necesarias para evitar la transmisión y propagación de conformidad con las disposiciones establecidas por la autoridad sanitaria nacional”.*

Reglamento Sanitario Internacional

El RSI aprobado por la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2005 por medio de la resolución WHA58.3,1 constituye el marco jurídico que, entre otros aspectos, define las capacidades nacionales básicas, incluso en los puntos de entrada, para el manejo de los eventos agudos de salud pública de importancia potencial o real a escala tanto nacional como internacional, así como los procedimientos administrativos conexos.

El RSI (2005) tiene como propósito y alcance prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias en el tráfico y el comercio internacional.

Ecuador ha venido cumpliendo con el reporte anual de informe de capacidades del RSI, así mismo mantiene el cumplimiento de envío de información de la COVID-19 por los canales establecidos del Centro Nacional de Enlace (CNE/RSI) a OPS/RSI.

Decretos Ejecutivos

El Decreto Ejecutivo No. 116 del 14 de julio de 2021, declaró el estado de excepción en la provincia de El Oro y la ciudad de Guayaquil, desde las 20h00 del día 14 de julio de 2021 hasta las 23h59 del día 28 de julio de 2021, por calamidad pública producida por la detección de casos de COVID-19 variantes DELTA y DELTA DELTA ++K 417N(A.Y.1)

El Decreto Ejecutivo No. 140 de 28 de julio del 2021, mediante el cual se renueva el estado de excepción para la ciudad de Guayaquil y para la provincia de El Oro, por calamidad pública, producida por la detección de casos de COVID-19 variantes delta y delta plus, mismo que rige hasta el 27 de agosto de 2021.

Acuerdos Ministeriales

En el año 2020, se emitieron 15 Acuerdos Ministeriales relacionados al estado de emergencia sanitaria causado por la COVID-19, dentro de los cuales se pueden resaltar:

AC-00106-2021 DIC 10.- Extender la Emergencia en el Sistema Nacional de Salud, por noventa (90) días, contados a partir de la finalización de la vigencia del Acuerdo Ministerial No. 00057-2020, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 1005 de 14 de septiembre de 2020, a fin que se mantengan las medidas necesarias para garantizar el derecho a la salud en la población ante la crisis sanitaria existente provocada por el SARS-COV-2 causante de la Covid-19.

Durante el año 2021, se han emitido 8 Acuerdos Ministeriales, relacionados al estado de emergencia sanitaria causado por la COVID-19 dentro de los cuales se pueden mencionar

AC-00004-2021 ABR 22. - Delegar al Viceministro de Atención Integral en Salud y a la Viceministra de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, para que dentro del ámbito de sus competencia y en nombre y representación del Ministro de Salud Pública, suscriba los convenios (instrumentos jurídicos) de cooperación para combatir la COVID - 19 con los Gobiernos Autónomos Descentralizados y con otras instituciones tanto públicas como privadas; a fin de articular acciones que permitan combatir de manera conjunta los efectos provocados por la COVID 19, bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional.

AC-00001-2021 MAY 31. - Aprobar y autorizar la publicación del Manual "Planificación para la vacunación contra la COVID-19".

AC-00002-2021 JUN 01. - Crear la Comisión Nacional Interinstitucional de vacunación por Covid9 (CNVC) y expedir su Reglamento de funcionamiento.

AC-00003-2021 JUN 18.- “Aprobar y autorizar la publicación del “plan nacional de vacunación contra la COVID – 19.”

Alineación a instrumentos de planificación internacional

Plan de Preparación y Respuesta Integral ante la COVID-19 - Plan Fénix representa una estrategia fundamental, mediante la cual se definen acciones para suprimir la propagación de la enfermedad en el territorio nacional y disminuir la morbilidad y mortalidad por causas relacionadas a la misma.

Ecuador ratificó su compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y declaró a la Agenda 2030 como un referente obligatorio en su trabajo. De esta forma, el plan se enmarca en la Agenda 2030 y se relaciona con el ODS 3 respecto a salud y bienestar que establece: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos. Además, este plan se alinea con los objetivos y metas de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas (ASSA) y el Plan Estratégico (PE) de la OPS 2020 – 2025.

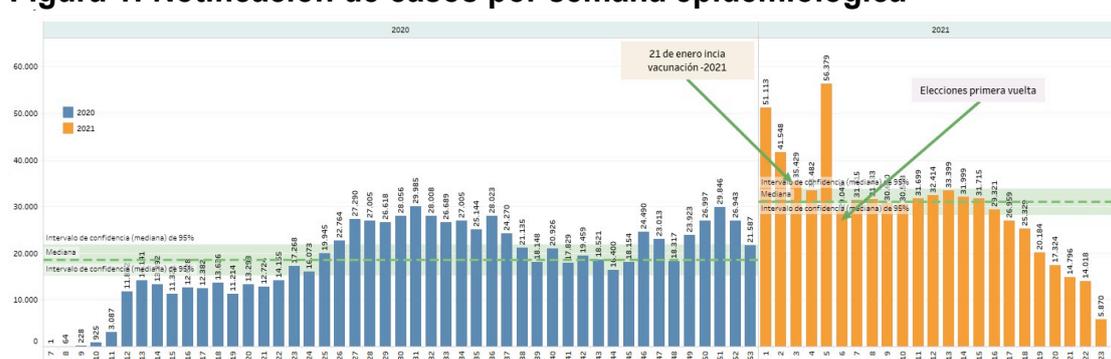
La articulación de la planificación con los instrumentos mencionados considera la situación específica de la COVID-19. En el anexo (1) se describe la alineación con instrumentos internacionales de planificación.

3. Diagnóstico

Evolución de la situación de la COVID-19 en el país

Hasta el 15 de junio del 2021, Ecuador se encontraba en la posición 8 de los 10 países con mayor número de casos acumulados de la COVID-19 y posición 2 con la tasa de letalidad más alta (4.8%) en la Región de las Américas. A esta fecha, se notificaron 439.139 casos confirmados (49% mujeres y 51% hombres), la relación hombre/mujer es de 1:1; la mayoría corresponden a los grupos etarios de 25 a 49 y de 50 a 64 años. La mediana de notificación de casos por semana durante el primer trimestre del año 2021 se ha duplicado con respecto al año 2020 (4,568/año 2020 – 9,318/año 2021) con actividad elevada del SARS-CoV-2 y tendencia creciente (Figura 1). Por ciclo de vida, se puede valorar que desde inicios del presente año hay incremento sostenido de casos en todos los grupos etarios (niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores).

Figura 1: Notificación de casos por semana epidemiológica



Fuente: OPS, https://public.tableau.com/app/profile/ops.ecuador/viz/SS-COVID_A/CASOS

Hasta el 16 de junio de 2021, se notificaron 21.051 fallecidos (5.567 probables y 15.484 confirmados). De las 24 provincias, 10 reportan tasas de letalidad superior a la nacional (4,79%): Esmeraldas (5,50%), Cotopaxi (5,91%), Tungurahua (6,07%), El Oro (6,26%), Los Ríos (7,23%), Santo Domingo (7,24%), Guayas (7,74%), Chimborazo (8,10%), Manabí (11,69%), Santa Elena (16,14%).

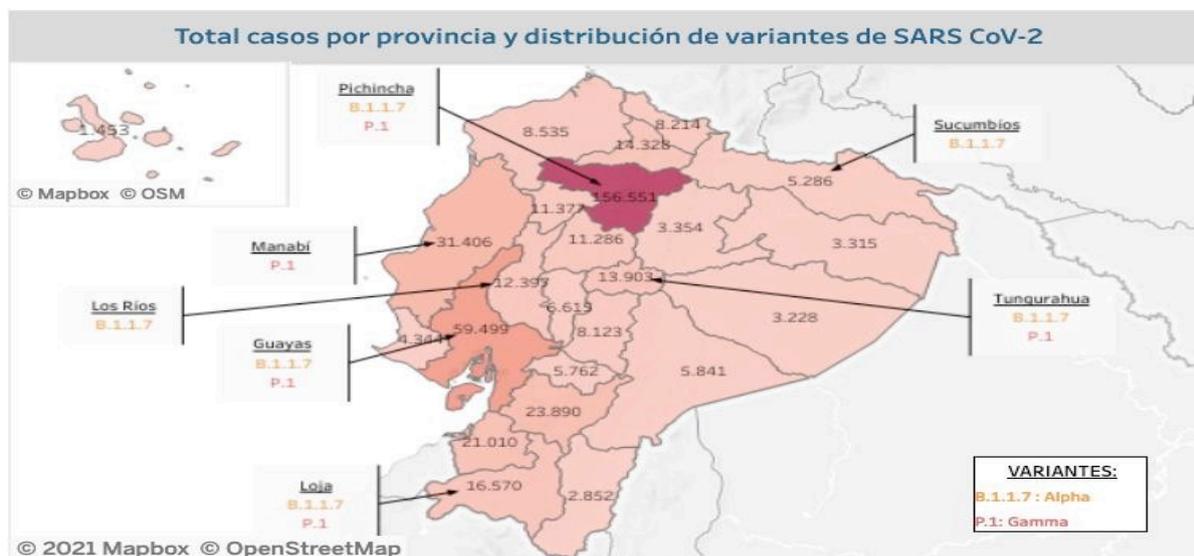
Al 16 de junio del 2021, el análisis de correlación incidencia - letalidad y porcentaje de ocupación de UCI en las últimas 4 semanas, las provincias se ubican en 4 estratos:

1. **Alta incidencia - Alta letalidad:** El Oro, Loja y Orellana.
2. **Baja incidencia - Alta letalidad:** Esmeraldas, Manabí, Santa Elena, Los Ríos, Santo Domingo, Tungurahua, Cotopaxi, Pastaza y Zamora Chinchipe.
3. **Alta incidencia - Baja letalidad:** Carchi, Imbabura, Pichincha, Bolívar, Chimborazo, Cañar, Azuay, Napo, Morona Santiago.
4. **Baja incidencia - Baja letalidad:** Guayas, Sucumbíos y Galápagos.

La toma de muestras a nivel nacional reportó al final del segundo trimestre una tasa de 8.176 x 100,000 habitantes; 16 provincias reportan tasas inferiores al promedio nacional: Azuay, Cañar, Chimborazo, Cotopaxi, Esmeraldas, Guayas, Los Ríos, Manabí, Napo, Orellana, Pastaza, Santa Elena, Santo Domingo, Sucumbíos, Tungurahua, Zamora Chinchipe. Es importante mencionar que Ecuador presenta la tasa de muestreo más baja de los países de América del Sur, lo que demanda priorizar e incrementar la toma de muestras para mejorar el acceso de población a las pruebas de diagnóstico, la vigilancia y el control de la enfermedad.

Actualmente, se encuentran en circulación cuatro variantes del SARS CoV-2 de preocupación (B.1.1.7, B.1.1.28, B.1.526 y la C37) y seis variantes de interés.

Figura 2: Total de casos por provincia y distribución de variantes de SARS CoV-2



Fuente: OPS, https://public.tableau.com/app/profile/ops.ecuador/viz/SS-COVID_A/CASOS

4. Impactos en el sector salud

1. Limitada capacidad de diagnóstico para la detección, aislamiento y atención oportuna de los casos.

Antes del inicio de la pandemia, el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI) contaba con un laboratorio como Centro Nacional de Influenza y Laboratorio Nacional de Referencia certificado por la OMS en la ciudad de Guayaquil, que fue el laboratorio designado inicialmente para la toma y procesamiento de muestras por COVID-19 mediante el uso de pruebas moleculares de PCR en tiempo real. Ante el aumento de la demanda por la transmisión exponencial de COVID-19 a nivel comunitario, el INSPI expandió sus capacidades de procesamiento a los laboratorios de las ciudades de Quito y Cuenca. Hasta el momento, el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI) ha tomado 1'472.652 muestras para RT-PCR COVID-19 de las cuales 439.374 son casos confirmados con pruebas PCR (Información disponible en: <https://www.salud.gob.ec/actualizacion-de-casos-de-coronavirus-en-ecuador/>).

Debido a la alta demanda de pruebas diagnósticas, el Ministerio de Salud Pública, a través de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS) autorizó a diferentes laboratorios clínicos y académicos para la toma y/o el procesamiento de muestras respiratorias para la detección de la COVID-19 mediante pruebas moleculares de RT-PCR, y recientemente mediante el uso de pruebas rápidas de antígeno. Al momento existen 94 laboratorios a nivel nacional autorizados para el procesamiento de pruebas PCR, 1511 establecimientos para la realización de pruebas rápidas, y 670 establecimientos para la toma de muestras, con un total de 2275 autorizaciones emitidas a nivel nacional, de las cuales 551 se han otorgado en la provincia de Pichincha, 272 en Guayas, 229 en Azuay, y 164 en Manabí (información disponible en: <http://www.calidadsalud.gob.ec/laboratorios-autorizados/>). Sin embargo, la demanda ha superado la capacidad de respuesta y pese al importante número de establecimientos autorizados para la toma o procesamiento de muestras, todavía existen limitaciones para la recolección de muestras, su traslado a los laboratorios designados, y para el reporte oportuno de resultados. En promedio en Ecuador se efectúan entre 3000 a 5000 pruebas diarias, con un promedio de 0.2 pruebas por mil habitantes, cifra muy por inferior a las reportadas por países vecinos como Colombia con 1.77 por mil habitantes o Chile con 3.44 por mil habitantes (fuente: <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing>).

Los costos de los insumos necesarios para las pruebas moleculares, las rupturas de las cadenas de suministros a nivel internacional, y la escasez de talento humano especializado en áreas de biología molecular hacen que el costo por prueba PCR difícilmente baje a menos de US\$ 39 dólares por prueba, de acuerdo con información proporcionada por el INSPI. Como alternativa se plantea favorecer el uso a gran escala de pruebas rápidas de antígeno a nivel comunitario por su bajo coste y aceptable desempeño diagnóstico.

2. Debilitamiento de las acciones de vigilancia epidemiológica y atención oportuna de casos en todos los niveles de atención debido al impacto en el personal sanitario.

Aproximadamente 3,949 médicos, enfermeras, epidemiólogos y trabajadores de la salud, han sido contagiados por la COVID-19, que impacta en la disponibilidad de equipos para la atención de salud en la red de servicios hospitalarios y de la atención primaria, en función de garantizar la sostenibilidad de los programas de salud en todo territorio nacional.

3. Prevención y control de infecciones a nivel de la red de servicios y escasez de equipos de protección de personal (EPP) para proteger al personal sanitario de eventuales contagios de COVID-19.

Se calcula que al menos el 10% del total de las personas notificadas con COVID-19, corresponden a personal de salud. La falta de equipos de protección y de la aplicación de normas de prevención y control de infecciones ha derivado en un contagio del personal de salud, que además se encuentra entre aquellos grupos poblacionales con mayor capacidad de diseminación de la enfermedad.

4. Dificultades para la expansión de los servicios de salud públicos y privados para la atención de pacientes que requieren hospitalización y cuidados críticos.

En la ciudad de Guayaquil, que concentra el mayor número de casos de la COVID-19, los establecimientos de salud de todos los niveles de atención, se han visto desbordados en sus capacidades de respuesta, lo que dificulta la atención de todos los casos que requieren asistencia en el tercer nivel de atención. Los servicios de salud de Pichincha, Manabí y Esmeraldas, han alcanzado el nivel máximo de su ocupación de camas de UCI.

5. Alto riesgo de deterioro de las condiciones de salud mental de la población en aislamiento y del personal de salud.

En cualquier epidemia, es común que las personas se sientan estresadas y preocupadas. Las respuestas comunes de las personas afectadas pueden incluir:

1. Miedo a enfermar y morir.
2. Desgaste físico y emocional.
3. Miedo a infectarse y perder el sustento.
4. Entre otras.

Además, se ha evidenciado que los trabajadores de primera línea del sector público (incluidos enfermeros, médicos, conductores de ambulancias, identificadores de casos y otros) experimentan otros factores de estrés adicionales durante el brote de COVID-19 por el riesgo a ser infectado e infectar a otros (IASC, 2020).

6. Impulso a la comunicación en crisis y las acciones de promoción y prevención en salud, en poblaciones y nacionalidades indígenas.

La notificación de casos en la población indígena se ha incrementado en 83% desde el inicio de la epidemia (pasando de 89 a 163 casos) en la última semana epidemiológica. Por las características culturales y socioeconómicas, la población indígena tiene una participación limitada en las estrategias de gestión de riesgo; en este contexto, la comunicación en crisis, las acciones de edu-comunicación y de promoción en salud, con pertinencia cultural, resultan fundamentales, en el marco del plan nacional de comunicación.

7. Debilitamiento de la provisión de servicios de salud a nivel de la red de atención primaria durante la emergencia de COVID-19.

Los servicios a nivel territorial se encuentran más limitados tanto en acceso como cobertura a la población debido a la reducción de recurso humano, disponibilidad de medicamentos e insumos médicos para sostener los programas esenciales en salud y de base comunitaria. Un elemento esencial en esto, es la capacidad de fortalecer las acciones de promotores de salud y técnicos de atención primaria en salud (TAPS) existentes en la comunidad.

5. Impactos indirectos de la COVID-19 en el país

El Ecuador fue uno de los primeros países de la región en enfrentarse a la pandemia, entre marzo y diciembre de 2020 el país atravesó de un escenario sin casos de COVID-19, a uno con transmisión comunitaria. Esto obligó al gobierno a tomar medidas de confinamiento obligatorio y distanciamientos social. Si bien estas medidas incidieron en la desaceleración de los indicadores de infección, también generaron efectos adversos en la esfera económica y consecuentemente en la esfera social, incidiendo negativamente en el comportamiento del empleo, el acceso a servicios de salud, la seguridad, la educación y la seguridad alimentaria.

En este contexto, según los resultados de la “Evaluación socioeconómica PDNA Covid-19, Ecuador, 2020”, publicada por la Vicepresidencia de la República del Ecuador, en articulación con la Secretaría Nacional de Planificación y con el auspicio del Banco Mundial, Naciones Unidas y la Unión Europea; por efecto de la pandemia en el Ecuador se registró, entre los más importantes impactos indirectos, los siguientes relacionados con el Factor Humano:

Impacto en condiciones de vida

- A diciembre del 2020, 212.512 casos COVID-19 confirmados y 14.034 fallecidos.
- 10% del total de fallecidos del país son profesionales de la salud.
- 19 millones de atenciones en salud se dejaron de realizar.
- 5,3% millones de estudiantes afectados por brechas de conectividad.
- 18.380 niños/as afectados dentro del Servicio de Atención Familiar para la Primera Infancia – SAFPI.

Impacto en medios de vida

- 532 mil personas perdieron su empleo, equivalente al 6,6% de la PEA.
- 127 mil empleos perdidos en el sector de alojamiento y servicios, 98 mil en

- el comercio, 63 mil en la construcción, principalmente.
- 189 mil personas desafiliadas del IESS.
- 221.200 personas salieron del sector privado.
- 76 mil mujeres cayeron en el desempleo.
- El ingreso laboral nominal promedio se redujo en 12,6% para los hombres y 7% para las mujeres.
- El sector informal pasó del 46,7% en 2019 al 51,1% en 2020.
- En el 56,4% de los hogares con NNA, alguna persona perdió el empleo o dejó de trabajar.

Impacto en pobreza

- 1,4 millones de nuevos pobres por ingresos, aumentando la pobreza de 4,3 millones a 5,7 millones de personas.
- 1,1 millones de personas pasaron a la pobreza extrema por ingresos, pasando de 1,5 millones a 2,6 millones.
- Incremento de la desigualdad de 0,47 a 0,50.
- 431 mil nuevos pobres multidimensionales y 196 mil nuevos pobres extremos multidimensionales.

Impacto en seguridad alimentaria

- 3 de cada 10 hogares pueden pagar el costo mensual de la canasta básica familiar.
- 2,3 millones de personas se encuentran con inseguridad alimentaria severa.
- 1 de cada 6 encuestados no comió o comió solo una comida durante las 24 horas anteriores.
- 1 de cada 4 personas adoptó estrategias de afrontamiento para cubrir alimentos.
- 37,9% de los hogares de la Costa están en inseguridad alimentaria severa y moderada; el 33,6% en la Amazonía y el 19,4% en la Sierra.
- 30% de hogares rurales en inseguridad alimentaria severa y 5% en emergencia.
- USD 177 mensuales de brecha para cubrir una dieta balanceada.

Impacto en inclusión social

- Más de 109 mil jóvenes (18-29) perdieron su empleo (42,2% del total).
- Aumento del riesgo en las poblaciones más vulnerables por la crisis de cuidado.
- Al 75% personas en movilidad humana les preocupa no poder cubrir las necesidades básicas de su familia.

Impacto en género

- 450 mil mujeres cayeron en pobreza y 308 mil en extrema pobreza.
- Incremento de 15,50 horas semanales dedicadas al cuidado no remunerado a cargo de mujeres en condición de pobreza y del 11,95 en mujeres no pobres.
- 47,9 mil salidas de mujeres del sistema de seguridad social.
- 132 mil mujeres entraron en población económicamente inactiva.
- 113 mil llamadas de emergencia por violencia intrafamiliar, y 80 femicidios.

Asimismo, el factor socioeconómico, fue otro de los fuertemente impactados, existiendo varios estudios, que coinciden en:

Impacto en la economía

- La pérdida económica por sectores se concentró principalmente en tres sectores, sector comercio con pérdidas estimadas de 5.5MM, sector turismo con 1.8MM y manufacturas con 1.7MM.
- A nivel agregado el PIB atravesó una reducción de 7.8% entre 2019 y 2020, destacando que la mayor disminución (-12.8%) se originó durante el trimestre de confinamiento obligatorio entre abril y junio de 2020.
- Este comportamiento de la economía se ha traducido en un empeoramiento de la estructura del empleo; mientras que la tasa de empleo adecuado en el 2017 alcanzó el 42.3%, en el 2019 disminuyó al 38.8%. Para este último año la tasa de empleo adecuado llegó a 15.1% para la población indígena, 28.2% para la montubia y 32.9 para la población afroecuatoriana.
- En diciembre de 2019, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) estimaba proyectaba que la situación económica en Ecuador sigue débil, con una tasa de crecimiento del 0,1% dependiendo de la reforma tributaria en discusión. De hecho, la situación económica antes de la COVID-19 era delicada, con finanzas públicas en rojo, la caída del precio del petróleo y una economía con casi cero crecimientos. La disminución de la actividad económica conlleva una menor recaudación tributaria en 2020 y los ingresos fiscales se verán afectados por una caída en el volumen y precio de la producción petrolera. Esto llevará a una contracción del PIB de al menos 6%, según proyecciones del BM y FMI. Todos estos indicadores han disparado el riesgo país - 4715 puntos al 13 de abril- y reducido las calificaciones de riesgo crediticio, imposibilitando el acceso a mercados internacionales.
- Adicionalmente, al estar dolarizado, el país requiere de financiamiento para expandir el crédito público, y no puede hacer uso de muchas de las opciones de política monetaria, cambiaria e incluso fiscal con las que están respondiendo los países vecinos. La CEPAL ha revisado sus proyecciones a la baja significativamente en el actual escenario y estima una contracción de -1,8% del producto interno bruto regional, lo que podría llevar a que el desempleo en la región suba en diez puntos porcentuales. Esto llevaría a un aumento del número de personas en pobreza de 19% y del número de personas en extrema pobreza del 33%.
- La aplicación de estas cifras regionales al contexto ecuatoriano da más de 530.000 pobres y más de 510.000 pobres extremos adicionales, con un total de alrededor de 5.4 millones de personas en pobreza o extrema pobreza. Además, un gran número de hogares se ubicará entre el umbral de pobreza (\$ 84,82 mensuales per cápita) y la Canasta Básica Familiar (\$178 mensuales per cápita o \$713 por un hogar de 4 miembros en febrero 2020 según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC) que es el conjunto de bienes y servicios que son imprescindibles para satisfacer las necesidades básicas según el Estado. El componente de alimentos y bebidas de esta canasta está calculado en \$229 por hogar según el INEC.

Impacto en la pobreza, la población vulnerable económicamente y la desigualdad

- En los últimos años la pobreza monetaria en Ecuador se ha reducido significativamente, pasando de 54.6% en 2004, a 24.2% en 2018. En el año 2019, sufrió un ligero incremento y se ubicó en 25% según el INEC. Sin embargo, a pesar de la reducción de la pobreza, la población “vulnerable” (personas que viven con un ingreso diario de entre USD 5.5 - 13) ha crecido de manera significativa, pasando de representar un 30.6% de la población en 2003 a un 41.4% en 2018. Las personas consideradas vulnerables económicamente hablando, son individuos que tienen condiciones económicas precarias y que, por lo tanto, están en riesgo de caer en la pobreza ante cualquier revés económico, una situación de enfermedad o la pérdida del empleo, entre otras causas. Es por esto, que el fuerte impacto que la crisis del COVID-19 tuvo en la economía de las familias y del país, las sitúa en un riesgo relativamente alto de que muchas de estas personas vulnerables caigan en la pobreza.
- En este sentido, la fuerte caída del crecimiento económico es uno de los principales factores que podrían incidir sobre la pobreza, según proyecciones de la CEPAL se podría esperar un aumento de los niveles de pobreza que podría llegar a ser de un 7.5%, y podría ser de mayor magnitud dependiendo de cómo afecte a los trabajadores vulnerables con empleos informales que no puedan mantener sus ingresos durante la crisis.
- La desigualdad de ingreso también se podría ver afectada por la crisis económica generada por la COVID-19. En Ecuador, antes de la pandemia ya se registraba niveles de desigualdad, en 2018 se registraba un índice de Gini de ingresos de 0.45. Asimismo, las brechas de ingreso son fuertes, pues el 20% más rico tiene ingresos que son 11.2 veces mayores que el 20% más pobre. Ahora, con el incremento de la pobreza y el estancamiento económico que vive el país a causa de la pandemia, que han impactado diversas debilidades sociales afectando, en mayor medida, a los grupos socioeconómicos más desaventajados; es de esperarse que las brechas de ingreso se incrementen, y con eso la desigualdad.

Impacto en la pérdida de empleos como en deterioro de las condiciones laborales

- La crisis generada por la COVID-19, se constituye en una gran amenaza para el empleo, tanto en términos de reducción de la cantidad de empleos como de deterioro de su calidad. Por un lado, las empresas redujeron su demanda de empleados ante la paralización o disminución de la actividad económica en el país. Por otro, los trabajadores no han podido desempeñar sus labores normalmente debido a las medidas de confinamiento o estados de excepción. Algunas estimaciones señalan que el empleo formal podría caer entre un -4.3% y un -14.4% en Ecuador en 2020, dependiendo del impacto y la duración de la crisis. En este sentido, en la medida en que el impacto de la crisis genere despidos, reducciones de horarios, o deterioro de las condiciones laborales, es de esperar que aumente tanto el desempleo como el subempleo y otras categorías de empleo no adecuado. De hecho, en la historia reciente de Ecuador, los episodios de caída del crecimiento económico han venido asociados con una reducción del empleo adecuado y un aumento del subempleo.

La informalidad laboral deja a muchos ciudadanos fuera de los mecanismos de protección social existentes

- La informalidad en el mercado laboral se encuentra relacionada también, con la falta de protección social de los trabajadores. Estos trabajadores se encuentran atrapados en una trampa de vulnerabilidad social, un círculo vicioso de trabajos informales, con bajo acceso a seguridad social y otras formas de protección, y bajo nivel de ahorros u otro tipo de seguros de desempleo que puedan mitigar la pérdida de ingresos que están experimentando. Los trabajadores informales también podrían estar más expuestos a los riesgos de salud de la pandemia. Por un lado, es más difícil para ellos prescindir de sus actividades económicas, dado que dependen de ellas para su subsistencia, por lo que se exponen al contagio. Por otro lado, sus actividades están habitualmente más vinculadas con la interacción con otras personas, dado que están enfocados en prestación de servicios y ventas al por menor. En Ecuador, el 59.6% de los trabajadores son informales según estimaciones de la OCDE, dentro de estos trabajadores informales el 70% tiene ingresos que los clasifican dentro de la pobreza (28%) o la vulnerabilidad (42%). Es decir, la mayoría de estos trabajadores informales tienen bajos ingresos y viven en una lógica de subsistencia, por lo que el impacto de la crisis puede ser mayor para ellos.

La brecha digital podría acentuar las desigualdades en el acceso a la educación y a aprendizajes de calidad

- El cierre de escuelas provocó distorsiones importantes en los sistemas educativos y que podría generar impactos desiguales entre diferentes grupos socioeconómicos. Las tecnologías están siendo utilizadas como instrumento para reemplazar los métodos de educación presencial tradicionales. Sin embargo, existen varias dimensiones por las que esto puede agravar las brechas existentes. Por un lado, para los estudiantes de familias más vulnerables, asistir a la escuela es una fuente fundamental de comidas y de cuidados. Por otro, el acceso a las tecnologías digitales necesarias para llevar a cabo procesos de aprendizaje adecuados es desigual entre hogares de diferentes entornos socioeconómicos. Además, en los hogares más desaventajados habitualmente los padres tienen niveles de competencias menores para poder acompañar y apoyar en los procesos de aprendizaje, y los estudiantes de estos hogares tienden a estar más representados en escuelas donde existen menos medios para proveer una educación de calidad a distancia.

En el caso de Ecuador, el acceso a internet fijo ha aumentado durante los últimos años, alcanzando al 37.2% de los hogares en 2018. Sin embargo, la persistente brecha digital podría penalizar especialmente a los individuos más pobres o que viven en zonas rurales en su acceso al teletrabajo y la educación online. Solamente el 16,1% de los hogares en áreas rurales tenían acceso a internet en 2018, frente al 46.6% en áreas urbanas. Además, solamente el 39.9% de los individuos en hogares pertenecientes al 20% más pobre usaban internet en 2017, frente a 73.7% en hogares más ricos. De tal manera, a las diferencias ya existentes en términos de acceso al sistema educativo (y de calidad de la enseñanza

que reciben) entre diferentes grupos socioeconómicos, se estarían sumando las brechas en el acceso a tecnología que estarían generando desigualdades en los aprendizajes a distancia que se están produciendo durante la pandemia.

6. Escenarios de transmisión

La OMS, ha actualizado los escenarios de transmisión de la COVID-19, para los cuales el país debe prepararse a nivel nacional y territorial.

Este plan define sus acciones basados en los escenarios que se detallan a continuación:

Países sin casos: no hay casos nuevos detectados durante al menos 28 días.

Países casos importados/ esporádicos: los casos detectados en los últimos 14 días son importados, esporádicos y no hay datos de transmisión adquirida localmente.

Países con conglomerados de casos (clusters): los casos detectados en los últimos 14 días están predominantemente limitados a conglomerados bien definidos que no están directamente vinculados con casos importados, pero están vinculados entre ellos en tiempo, por localización geográfica y exposiciones comunes.

Países con transmisión comunitaria-nivel 1 (TC1): baja incidencia de casos localmente adquiridos ampliamente diseminados detectados en los últimos 14 días, no vinculados a conglomerados específicos; la transmisión puede estar localizada en ciertos subgrupos de población. Riesgo de infección bajo para la población en general.

Países con transmisión comunitaria nivel-2 (TC2): incidencia moderada de casos localmente adquiridos ampliamente diseminados en los 14 días, la transmisión está localizada en ciertos subgrupos de población: Riesgo de infección moderada para la población en general.

Países con transmisión comunitaria nivel-3 (TC3): alta incidencia de casos adquiridos localmente ampliamente diseminados en los últimos 14 días; la transmisión está menos localizada en ciertos subgrupos de población. Riesgo de infección alto para la población general.

Países con transmisión comunitaria nivel-4 (TC4): incidencia muy alta de casos adquiridos localmente ampliamente diseminados en los últimos 14 días. Riesgo de infección muy alto para la población general.

Actualmente en el Ecuador, la transmisión comunitaria se expresa como incidencia alta: riesgo de infección alto para la población general o escenario TC3 conforme lo establece la OMS.

7. Objetivos y pilares del plan de preparación y respuesta integral ante la COVID-19 - Plan Fénix

Plan de Preparación y Respuesta integral ante la COVID-19 - Plan Fénix, basa su accionar en las prioridades establecidas por el gobierno nacional en materia de salud pública, así como en los objetivos planteados por la OMS para la respuesta global en salud pública ante la COVID-19 y en la guía para la elaboración de planes de preparación y respuesta ante la COVID-19 a nivel nacional, desarrollada por dicha organización, que plantea una respuesta centrada en 10 pilares.

A continuación, se detallan los objetivos del plan:

1. Suprimir la transmisión de la COVID-19, mediante la implementación de medidas de salud pública y sociales efectivas y basadas en la evidencia, incluyendo la detección y testeo de casos sospechosos; investigación de conglomerados de casos; rastreo de contactos; apoyo a la cuarentena de contactos; aislamiento de casos probables y confirmados; medidas para proteger los grupos de alto riesgo y vacunación.
2. Reducir la exposición al virus, habilitando las comunidades para adoptar comportamientos para la reducción del riesgo y práctica de la prevención y control de infecciones, incluyendo evitar multitudes y manteniendo la distancia física de otros; practicando una higiene de manos adecuada; mediante el uso de mascarillas; y mejorando la ventilación interna.
3. Contrarrestar la desinformación y la mala información creando resiliencia mediante la gestión de la infodemia, comunicándose con las comunidades, haciéndolas participar y empoderándolas, enriqueciendo el ecosistema de información en línea y fuera de línea mediante una orientación sanitaria de alta calidad, y comunicando el riesgo de la ciencia de forma accesible y adecuada a cada comunidad.
4. Proteger a las personas vulnerables mediante la vacunación, garantizando la disponibilidad de la vacuna en todo el territorio nacional, comunicando, aplicando y supervisando las campañas de vacunación de la COVID-19 de vacunación, involucrando al personal sanitario y creando una base de aceptación y demanda de vacunas.
5. Reducir la morbilidad y mortalidad por todas las causas garantizando que los pacientes con la COVID-19 sean diagnosticados oportunamente y se les provea cuidados de calidad, que los sistemas de salud puedan expandirse para mantener y satisfacer la creciente demanda de atención de COVID-19 y otros servicios de salud esenciales; que se refuercen los sistemas sanitarios básicos; que se aborden los obstáculos a la atención por parte de la demanda; y que se garantice que todos los grupos prioritarios de cada país sean vacunados.
6. Acelerar el acceso equitativo a nuevas herramientas de la COVID-19 incluyendo las vacunas, medios de diagnóstico y terapéuticos, y apoyar la asignación segura y racional en todos los países.

8. Pilares

Pilar 1: Coordinación, planificación y seguimiento a nivel nacional

Los mecanismos nacionales de gestión de emergencias de salud pública se han activado, al igual que el Comité de Operaciones de Emergencia Nacional (COE) a través de las Mesas Técnicas de Trabajo, con el compromiso de los ministerios competentes como: salud, educación, producción y turismo, obras públicas, medio ambiente, protección social y agricultura, el servicio nacional de gestión de riesgos, entre otros para proporcionar una gestión coordinada de la preparación y respuesta de la COVID-19.

Resultado	Los mecanismos nacionales de gestión de emergencias de salud pública se mantienen activos y vigentes con la participación de los ministerios pertinentes (salud, educación, producción y turismo, obras públicas, medio ambiente, protección social y agricultura) y otros actores, para proporcionar una gestión coordinada de preparación y respuesta de la COVID-19.	
	Indicador	Meta
<p>1.1.1. Decisiones tomadas con participación de 2 o más instituciones / decisiones únicas generadas por el MSP.</p> <p>1.1.2. Porcentaje de inversión de fondos públicos/ porcentaje de inversión con fondos de cooperación internacional no reembolsable para el manejo de la COVID-19.</p> <p>1.1.3 Reporte por semana epidemiológica de la situación de la COVID-19 en el Ecuador</p>		Contar con un (1) mecanismo multisectorial de coordinación y respuesta a la COVID-19
Responsable	Director Nacional de Gestión de Riesgos	

Actividades propuestas

1.A.1 Revisar y actualizar los mecanismos de coordinación multisectorial en todos los niveles para apoyar la preparación y acciones de respuesta, incluso en ciudades y entornos urbanos.

1. Mantener la participación de las autoridades nacionales del MSP en el COE Nacional y territorial, MTT2.
2. Asegurar el flujo de información desde el territorio y establecimientos de salud hacia los niveles de mayor complejidad.
3. Liderar la MTT2 de salud.
4. Garantizar la respuesta coordinada e integrada con los diferentes actores (institucionales e interinstitucionales).

1.A.2 Actualizar el plan operativo específico del país con los requisitos de recursos estimados para la preparación y respuesta a la COVID-19 incluye la preparación de la vacuna y las prioridades de investigación e innovación (ver Pilar 10 Vacunación), así como la recuperación temprana de inversiones.

1. Actualizar el Plan de Preparación y Respuesta integral ante la COVID-19 – Plan Fénix.
2. Integrar la preparación y la coordinación de la implementación de la vacuna en la gestión de incidentes multisectoriales COVID-19 del país existente (o equivalente) sistema o comité de coordinación nacional (ver Pilar 10 Vacunación).
3. Definir el nivel de respuesta instalada en la Red Pública Integral de Salud
4. Mapear la presencia de poblaciones vulnerables y de difícil acceso, y asegurarse de que estén incluidas en los planes de la COVID-19.

1.A.3. Evaluar el impacto directo de la COVID-19 y adaptar estrategias a diferentes contextos basados en la comprensión local de la gravedad de la pandemia y otras necesidades de salud. Las lecciones aprendidas y la difusión de las mejores prácticas en todos los países y regiones deben ayudar a reajustar positivamente las estrategias.

1. Preparar términos de referencia para la evaluación de impacto
2. Implementar la evaluación del impacto
3. Tener un perfil de cuadro de mando que permita dar seguimiento a la evolución de la pandemia
4. Espacio participativo (Mesas de trabajo, foros de discusión, grupos) con los diferentes actores para conocer las experiencias territoriales y evaluar la gestión de la pandemia, en base a indicadores seleccionados

1.A.4. Establecer un equipo institucional de gestión de incidentes, incluido el despliegue rápido de personal designado de organizaciones nacionales y asociadas.

Conformar y capacitar equipos institucionales con capacidad de gestión de incidentes.

1.A.5 Actualizar los sistemas y métricas de seguimiento y evaluación del país para evaluar la eficacia y el impacto de las medidas planificadas sobre el control la COVID-19, así como sobre la salud, el bienestar social y económico de la población en general; producir y compartir situación regular informes con la OMS y sus socios.

1. Realizar la evaluación de impacto de la COVID-19 con el apoyo de la academia, sociedades científicas, bajo el liderazgo del MSP.
2. Implementar la Sala Situacional del Sistema Nacional de Salud para monitorear la situación del sistema nacional de salud en tiempo real mediante

el análisis de escenarios probables, análisis de riesgos, recursos y capacidades, tiempos de ejecución, cobertura de servicios, que permita la toma de decisiones oportunas y acertadas para mejorar la calidad de los servicios de salud tanto en tiempos normales, así como en emergencias y desastres.

Pilar 2: Comunicación de riesgos y participación de la comunidad

Es fundamental comunicar a la población lo que se sabe sobre la COVID-19, lo que se desconoce, lo que se está haciendo y las medidas que se deben tomar de manera regular. Las actividades de preparación y respuesta deben realizarse de manera participativa con la comunidad informada, buscando responder a inquietudes, rumores y desinformación. Cualquier cambio en las intervenciones de preparación y respuesta deben anunciarse y explicarse con anticipación, y ser desarrollado sobre la base de las perspectivas de la comunidad. Los mensajes generados en el idioma local y por personas que la comunidad confíe deben ser empáticos, transparentes y consistentes; y deben ser transmitidos a través de canales confiables de comunicación, utilizando redes comunitarias. El desarrollo de capacidad de las entidades locales es esencial para establecer la autoridad y la confianza.

Resultado	Las actividades de preparación y respuesta se llevan a cabo de una manera participativa y se informan continuamente, tomando en cuenta los aportes de la comunidad - incluidos los diferentes pueblos y nacionalidades del Ecuador - a fin de responder a inquietudes, rumores y desinformación.	
	Indicadores	Metas
	2.1.I.1. Planes de comunicación en crisis con estrategias de prevención y preparación implementados ante la COVID19.	2.1.M.1. 80% de planes de comunicación en crisis implementados.
Responsable	Director Nacional de Comunicación, Imagen y Prensa, y la Subsecretaria Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad	

Actividades propuestas

2.1.A.1 Desarrollar / actualizar planes de acción nacionales de la COVID- 19 RCCE utilizando análisis de datos sociales y detalles del contexto y la comunidad. Estos planes deben reflejar los aportes de la comunidad a las medidas sociales y de salud pública eficaces al mismo tiempo que dirigen a la comunidad hacia la preparación para vacunas, tratamientos y pruebas.

1. Identificar y trabajar con profesionales, gremios y grupos comunitarios (profesionales de la salud, líderes comunitarios, líderes religiosos, trabajadores, voluntarios de la comunidad, sindicatos), así como grupos locales (grupos de mujeres y jóvenes, asociaciones de personas que viven

- con discapacidades, grupos empresariales, medicina ancestral) para garantizar la inclusión en términos de comunicación y comunitaria, así como, la coherencia de CRCC enfocado en la divulgación. Es decir, establecer una red de alianzas estratégicas respecto del tema.
2. Realizar un mapeo de los actores de la salud y conocer, a través de entrevistas a especialistas, responsables de las coordinaciones de salud y líderes locales; qué características de comunicación interpersonal tienen los públicos objetivo y qué canales de transmisión priorizan para recibir información y/o comunicarse.
 3. Identificar y mapear segmentos poblacionales en riesgo para difundir mensajes inclusivos y culturalmente apropiados, a través de canales relevantes y redes comunitarias / personas influyentes.
 4. Identificar y trabajar con redes de salud pública y comunitaria existentes para aumentar el alcance y la coherencia del enfoque CRCC.
 5. Mapear las capacidades y sistemas de RCCE que necesitan ser fortalecidos a nivel nacional y subnacional.
 6. Incluir mensajes sobre cómo lidiar con los factores estresantes y el acceso a herramientas de autoayuda y salud mental comunitaria y recursos de apoyo psicosocial, como un componente de la comunicación de riesgos y la participación comunitaria.

2.1.A.2 Generar vocerías tras la definición y validación de mensajes asertivos, cortos, claros, concretos y edu-comunicacionales que se correspondan con las características culturales y lingüísticas de los diferentes públicos objetivo, y se adapten a las etapas de vacunación y respuesta a la COVID-19, para que la población reciba información adecuada y oportuna, con el fin de avanzar de forma ordenada y progresiva en el proceso de inoculación y el mantenimiento de las medidas de bioseguridad.

Organizar con los coordinadores zonales y los responsables de comunicación de esas jurisdicciones; la recepción de los lineamientos generales, líneas argumentales, documentos de soporte y entrenamiento básico en medios, para que posicionen los mensajes requeridos para el proceso de vacunación y respuesta a la COVID -19, pero además establezcan alianzas locales para el desarrollo de mensajes específicos e inclusivos.

2.1.A.3 Producir y socializar material informativo / edu-comunicacional, audiovisual y multimedia, afín a las etapas de vacunación y respuesta de la COVID-19, que se adapte a las características culturales y lingüísticas de los diferentes públicos objetivo; así como, a los diferentes formatos que se requieren en territorio, plataformas digitales generales y las de uso del MSP.

Diseñar u obtener elementos gráficos; usar tipografía, contrastes, plantillas y/o formatos amigables, inclusivos y adaptables, que faciliten la comprensión integral del mensaje (texto / imagen), sobre la base de la segmentación del público objetivo, la selección diferenciada de mensajes y los canales de difusión, con especial énfasis en material impreso y dispositivos móviles.

2.1.A.4 Coordinar/ trabajar articuladamente con los pueblos y nacionalidades del Ecuador y la red de servicios de salud, a través de sus líderes (tanto hombres como mujeres), sobre las acciones que estos líderes tomarán con respecto a la COVID-19 en sus comunidades.

1. Mantener mesas de trabajo articuladas con los pueblos y nacionalidades del Ecuador para incorporar sus conocimientos y experiencias a las acciones comunicacionales y de vigilancia.
2. Establecer mecanismos para incorporar la voz de las comunidades en la toma de decisiones para la respuesta de emergencia (es decir, nominando representantes de la comunidad para participar en la planificación e implementación de la respuesta).
3. Fortalecer mensajes preventivos específicos que, de forma participativa, se multipliquen en las comunidades, por medio de alianzas estratégicas con autoridades, líderes comunitarios y distintos actores sociales, con el fin de garantizar prácticas preventivas de salud e higiene en la comunidad y en el individuo, en línea con las recomendaciones nacionales de salud pública. para la contención.
4. Activar y o fortalecer los mecanismos de coordinación y grupos de trabajo de la RCCE en coordinación con agencias de la ONU, niveles de gobierno, sociedad civil y socios para asegurar el uso eficiente de la fuerza y audiencia de cada organización. Garantizar participación de la comunidad y grupos vulnerables.

2.1.A.5 Desarrollo de campaña interna dirigida al personal de salud

1. Generar una línea base para conocer las preocupaciones y/o necesidades del personal de salud frente a su exposición a la COVID-19.
2. Elaborar mensajes clave, con lenguaje positivo, que aborde las preocupaciones y/o necesidades del personal de salud y coadyuven a mejorar sus condiciones de salud mental.
3. Generar espacios virtuales de esparcimiento / descarga y contención.

2.1.A.6 Monitorear la efectividad del plan RCCE y documentar las lecciones aprendidas incluidas las amenazas y emergencias para la salud, para informar y modificar la preparación y respuesta de futuras actividades. Planes nacionales de preparación del RCCE para todos los peligros deben ser revisados

1. Establecer línea de base (lecciones aprendidas del proceso hasta ahora) / grupo focal.
2. Identificar los indicadores a monitorear para que, tras ese proceso, se adecúe o modifique la preparación y respuesta de futuras acciones.
3. Monitorear las acciones de comunicación y participación comunitaria que tienen como objetivo facilitar la confianza, la adherencia de la población a medidas de salud pública y las acciones relacionadas con la comunicación de riesgo.

2.1.A.7 Desarrollar las capacidades de la comunidad para la resiliencia (es decir, alfabetización en salud, mediadores de salud, voluntarios para el rastreo de contactos).

1. Identificar temas de capacitación (Incluir el concepto de resiliencia en el proceso de capacitación).
2. Generar espacios de capacitación a la comunidad.

2.1.A.8 Establecer un grupo de trabajo de infodemia como parte del grupo de trabajo de RCCE que comprenda los roles y actividades existentes (línea directa operadores, analistas de redes sociales, participación de la comunidad y comunicadores de riesgos) para gestionar la sobreabundancia de información, y desinformación.

1. Establecer herramienta DDD (Detectar - Desmentir - Difundir) para contribuir con la veracidad informativa, especialmente en redes sociales, incluido whatsapp.
2. Capacitar a su público objetivo para que desarrolle su capacidad crítica e identifique fuentes de información que le permita diferenciar data falsa que no los lleve a desinformar.

2.1.A.9 Capacitación a periodistas sobre la COVID-19

Desarrollar jornadas de capacitación en términos básicos de salud y el manejo de herramientas útiles para contribuir con el objetivo de informar de forma adecuada, verificada y contrastada.

Pilar 3: Vigilancia, equipos de respuesta rápida e investigación de casos

Para el período de elaboración de este plan, Ecuador presenta el 37,5% de provincias (n=9) con baja incidencia de casos y alta letalidad, 16,7% de provincias (n=4) con alta incidencia de casos y alta letalidad, 29,1% de provincias (n=7) de alta incidencia y baja letalidad y 16,7% (n=4) de provincias con baja incidencia y baja letalidad. Se encuentran en circulación cuatro variantes de preocupación y seis variantes de interés. Respecto a la vacunación, se ha completado la fase 1 del Plan Nacional de Vacunación 9/100, es decir se ha cubierto a grupos prioritarios como población mayor a 65 años, personal de la salud y de primera respuesta, y personas vulnerables con comorbilidad mayores de 50 años.

Por ello el análisis de información es esencial para detectar casos, monitorear la propagación geográfica y la transmisión e intensidad del virus, rastrear tendencias en edad, género, población, entornos vulnerables, y evaluar los impactos sobre los servicios de atención de la salud, así como ajustar las medidas sociales y de salud pública proporcionales ajustadas a la evolución epidemiológica nacional y aparición de variantes del virus. Además, contar con los aportes de investigación y desarrollo que generen la academia u otros actores claves que aportan a la respuesta nacional de la COVID-19.

Resultado	3.1 Se cuenta con mecanismos establecidos para una rápida detección de casos y un rápido rastreo de contactos completo.	
	Indicadores	Metas
	3.1.1.1 Número de fichas epidemiológicas levantadas de casos positivos con COVID-19 / total de casos positivos con COVID-19 por provincias.	3.1.M.1 50% de fichas epidemiológicas levantadas de casos positivos con COVID-19 en las provincias categorizadas como alto riesgo.
Responsable	Director Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Subsecretario Nacional de Vigilancia de la Salud Pública	

Actividades propuestas

3.1.A.1 Difundir las definiciones nacionales de casos y los protocolos de investigación clínico epidemiológicos a los trabajadores de salud (públicos y privados) y líderes comunitarios de acuerdo con las orientaciones del MSP y organismos internacionales.

1. Con apoyo de la academia y otros actores desarrollar una herramienta de educación y entrenamiento que incluya el monitoreo y evaluación del personal capacitado.
2. Continuar con el proceso de capacitación (presencial o virtual) al personal de salud a nivel territorial en definiciones de caso, investigación clínico epidemiológica y seguimiento de casos

3.1.A.2. Implementar la vigilancia basada en eventos (VBE) para mejorar la búsqueda activa de casos

1. Revisar y aprobar la guía nacional de la VBE.
2. Implementar la guía nacional de la VBE.

3.1.A.3 Revisar y ajustar la estrategia de equipos de respuesta rápida

1. Censar los equipos de respuesta rápida por provincia (públicos, comunitarios y privados) en cada una de las provincias.
2. Revisar el convenio con el BID para la contratación de equipos de respuesta rápida.
3. Revisar y ajustar lineamientos para los equipos de respuesta rápida.
4. Capacitación a los equipos de respuesta rápida en los lineamientos.
5. Contratación de un coordinador y dos monitores para el seguimiento de los equipos en territorio.
6. Movilización de los equipos de respuesta rápida a las zonas de alto riesgo.

3.1.A.4 Evaluar y adaptar la capacidad de vigilancia nacional para recopilar, gestionar, analizar, interpretar y notificar datos de manera oportuna desde subnacional a nivel nacional.

1. Asegurar la integración de la vigilancia de la infección respiratoria aguda grave (IRAG), incluyendo los virus influenza y SARS-COV-2, a través de la integración de componentes epidemiológicos y de laboratorio. Migración de datos para la plataforma PAHO Flu, y capacitación a personal de salud sobre esta plataforma.
2. Elaborar una estrategia de rastreo de contactos priorizando provincias de alto riesgo basadas en iniciativas desarrolladas por academias, agencias de la ONU y ONG's que han desarrollado experiencias demostrativas que incluye la búsqueda activa de casos, aislamiento y la investigación de casos.
3. Mantener actualizada la herramienta de evaluación de riesgo a nivel de provincias y cantones que permita aplicar las medidas de distanciamiento social conforme los estratos de riesgo y asignación de equipos y respuesta rápida.
4. Replantear la estrategia de semaforización que integre los elementos de actividad comercial, regulación de transporte urbano y rural (interprovincial, intracantonal, interparroquial), suspensión de jornadas laborales, definición de actividades económicas no esenciales, teletrabajo, retorno progresivo de actividades laborales, operación de puntos de entrada etc.
5. Monitorear mensualmente el impacto de las medidas de distanciamiento social con base a los indicadores de transmisibilidad y gravedad para ajustarlas de acuerdo al contexto de cada provincia.
6. Monitorear la diseminación de las variantes basado en el análisis de la gravedad de los casos y cambios inusitados en el comportamiento de la enfermedad en los grupos étnicos.

3.1.A.5 Monitorear la intensidad, la extensión geográfica y la gravedad de la COVID-19, y la mortalidad por todas las causas, en la población con el fin de estimar la carga de morbilidad, evaluar la dirección de las tendencias temporales recientes e informar las medidas de mitigación apropiadas.

1. Mejorar la difusión de las gacetas y profundizar el análisis.
2. Socializar información sobre la intensidad y gravedad de la enfermedad conforme la política de datos abiertos y gobierno en línea.
3. Producir y difundir informes epidemiológicos semanales a todos los niveles y socios internacionales, con información sólida y oportuna con datos epidemiológicos para informar continuamente la evaluación de riesgos y apoyar la toma de decisiones operativas para la respuesta.

3.1.A.6 Evaluar la necesidad de incluir en la estrategia de vigilancia el uso de vigilancia genética y serológica o estudios de sero-epi, con el objetivo de medir el alcance efectivo de la infección en la población general o subpoblaciones y la proporción de personas no detectadas o infecciones no declaradas (por ejemplo, infecciones asintomáticas, capacidad de prueba insuficiente o personas que no buscan o no pueden permitirse buscar atención).

Realizar la encuesta de seroprevalencia y vigilancia genómica con la participación de la academia y otros actores en diferentes grupos poblacionales.

3.1.A.7 Evaluar y actualizar periódicamente: a) Plan de Preparación y Respuesta integral ante la COVID-19 - Plan Fénix, directrices de vigilancia que incluyan medidas sociales y de salud pública (por ejemplo, en escuelas, lugares de trabajo y puntos de entrada, etc.); y b) la estrategia de rastreo de contactos nacionales COVID-19.

Analizar datos epidemiológicos para identificar impulsores clave de transmisión: grupos de riesgo, impactos de las medidas sociales y de salud pública, y otra información relevante para las evaluaciones de riesgos locales y las decisiones políticas.

3.1.A.8 Realizar pruebas diagnósticas por provincias y cantones, realizar el análisis del muestreo diagnóstico a fin de reorientar la toma de muestras para mejorar la vigilancia y el control de la enfermedad.

1. Adquirir pruebas de antígeno de acuerdo a la demanda estimada a nivel comunitario.
2. Dotar de pruebas PCR-RT y antígenos para la COVID-19 a nivel nacional.
3. Incluir en el análisis de la gaceta epidemiológica de la COVID-19 el análisis del muestreo de toma pruebas PCR-RT y antígenos por provincias y cantones.

3.1.A.9 Reportar a la OMS, los informes agregados semanales o basados en casos, según sus directrices.

1. Mantener el reporte semanal de la COVID-19 conforme la base de datos acordada con la OMS.
2. Incluir las variables de vacunación en el análisis semanal de la COVID-19.

3.1.A.10 Documentar las lecciones aprendidas y aprovechar las capacidades fortalecidas durante la respuesta para mejorar la vigilancia y sistemas de información sanitaria relacionadas con emergencias, para funciones de preparación y respuesta a más largo plazo.

1. Realizar una sistematización de las lecciones aprendidas en materia de vigilancia.
2. Socializar los resultados.

Pilar 4: Puntos de entrada

Los esfuerzos y los recursos en los puntos de entrada deben centrarse en la vigilancia y la comunicación de riesgos.

Resultado	Esfuerzos y recursos para fortalecer los planes de contingencia en puntos de entrada designados por el país ante la OMS conforme al perfil, se encuentran disponibles.		
	Indicadores	Metas	
	4.1.I.1. Porcentaje de puntos de entrada designados por el país ante OMS con plan de contingencia actualizados y en funcionamiento.	4.1.M.1. 100% de los puntos de entrada designados por el país deben contar con un plan de contingencia actualizado y en funcionamiento.	
Responsable	Director Nacional de Control Sanitario		

Actividades propuestas

4.1.A.1 Desarrollar e implementar un plan de emergencia de salud pública para los puntos de entrada designados por el país.

1. Establecer los perfiles de talento humano que se requieren en los puntos de entrada.
2. Establecer los costos de implementación para los puntos de entrada.
3. Asegurar la disponibilidad de recursos para los puntos de entrada con base en la normativa legal vigente.

4.1.A.2 Difundir la información más reciente sobre la enfermedad, los procedimientos operativos estándares, equipar y capacitar al personal en las acciones apropiadas para manejar a los pasajeros enfermos.

Mejorar los canales de información desde y hacia el punto de enlace.

4.1.A.3 Equipar y capacitar al personal en el punto de entrada en las acciones apropiadas para detectar, administrar y derivar a los pasajeros enfermos e identificar sus contactos, y para realizar la limpieza y desinfección; prepararse para nuevos enfoques de salud pública para la reanudación de tráfico internacional, incluso en los puntos de entrada, así como las medidas sociales y de salud pública, y su implementación en puntos de entrada.

1. Realizar un diagnóstico de los puntos de entrada (equipamientos, protocolos, EPP).
2. Dotar con computadoras, EPP y otros insumos a los puntos de entrada.
3. Verificar que se cuenten con los protocolos en los puntos de entrada.

4.1.A.4 Comunicar a los viajeros información sobre los requisitos de entrada y salida relacionados con la COVID-19, prevención, atención médica, medidas sociales y de salud pública en vigor, sanciones por incumplimiento de las normas vigentes.

Disponer de puntos de información para viajeros en los PE

4.1.A.5 Desarrollar y ajustar protocolos de salud pública relacionados con la COVID-19 en los puntos de entrada, incluso para el manejo de eventos agudos, considerando las medidas de mitigación de riesgos adoptadas y resultantes de la evaluación de riesgos, así como para eventos de concentración masiva.

Actualización periódica de los protocolos para los puntos de entrada. Plan de emergencia anual/semestral que incluya los flujos de movilidad humana.

4.1.A.6 Documentar la experiencia y las lecciones aprendidas para minimizar la transmisión del SARS-CoV-2 durante los viajes internacionales para una preparación y respuesta de más largo plazo.

1. Consolidar la información de los puntos de entrada y sistematizar.
2. Emitir documento de control de salud durante la visita al país.

Pilar 5: Laboratorios nacionales

Es prioritario para Ecuador mejorar el acceso al diagnóstico de laboratorio de casos de la COVID-19, pues actualmente ocupa una de las tasas más bajas de muestreo de los países de América de Sur. Las pruebas extensivas, sistemáticas y estratégicas pueden ser utilizadas para informar las medidas sociales y de salud pública tales como rastreo de contactos, cuarentena de casos sospechosos y aislamiento de casos confirmados, y evitar confinamientos extensos y repetidos.

Además, la secuenciación genómica es fundamental para detectar y responder a las variantes del SARS-CoV-2. Aumentar la capacidad de secuenciación y el acceso a la capacidad existente en todo el mundo es una alta prioridad durante el año 2021.

Resultado	<p>El país ha reforzado la capacidad para realizar diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 mediante pruebas moleculares (PCR-RT o similares) y pruebas de antígeno, así como la ampliación de la vigilancia genómica de variantes circulantes coordinada por el CN/INSPI.</p>
------------------	---

Indicadores	Metas
5.1.I.1. Porcentaje de resultados de laboratorio disponibles en un plazo de 72 horas	5.1.M.1. CNI y red de laboratorios procesa y reporta el 80% de resultados de laboratorio en un plazo de 72 horas.
Responsable	Coordinador General de Desarrollo Estratégico en Salud y Director del Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI)

Actividades propuestas

5.1.A.1 Establecer acceso a un laboratorio internacional de referencia.

1. Seleccionar muestras representativas del país para el envío a los laboratorios supranacionales definidos con la OPS/OMS.
2. Articular con la OPS/OMS el envío de muestras a través de los courier con capacidad de transporte de sustancias infecciosas categoría BIATA.

5.1.A.2 Identificar los riesgos y realizar una evaluación de riesgos de bioseguridad en los laboratorios participantes; utilizar medidas de bioseguridad apropiadas para mitigar riesgos.

1. Evaluar, en coordinación con la ACESS, laboratorios de INSPI para verificar procedimientos de bioseguridad en laboratorios de vigilancia e investigación que manejen SARS-CoV-2/COVID-19.
2. Elaborar, en coordinación con la ACESS, una lista de chequeo como herramienta para la verificación de procedimientos de bioseguridad en laboratorios que manejan vigilancia o investigación de SARS-CoV-2/COVID-19.

5.1.A.3 Adoptar sistemas estandarizados para pruebas moleculares, acceso asegurado a reactivos/kits y otros insumos necesarios.

Elaborar y mantener actualizado un listado de proveedores de insumos para pruebas moleculares que cuenten con garantías de calidad autorizados por la ARCSA en base a estándares internacionales como los dictados por OMS/OPS y agencias externas como FIND (Global Alliance for Diagnostics).

5.1.A.4 Asegurarse que la recolección y gestión de muestras y que la red de referencia y procedimientos sean funcionales.

Coordinar el transporte de muestras diarias con los hospitales de la RPIS acreditados para atención de casos COVID-19, y generar un estudio de mercado que informe posibles convenios con courier que oferten el servicio de

transporte de muestras cumpliendo con los estándares de manejo y transporte adecuado (triple empaque, y cadena de frío de ser necesario). Generar un estudio de mercado que informe posibles convenios con couriers que oferten el servicio de transporte de muestras cumpliendo con los estándares de manejo y transporte adecuado (triple empaque, y cadena de frío de ser necesario).

5.1.A.5 Implementar la estrategia de vigilancia genómica que permita identificar VOC, garantizando la notificación a través del CNE/RSI y el intercambio oportuno de datos de secuencias genéticas a través de la plataforma GISAID.

1. Elaborar y ejecutar el plan operativo de la vigilancia genómica a cargo de INSPI como LAC 4.
2. Realizar reuniones virtuales para capacitar al personal involucrado en la implementación del plan.

5.1.A.6 Desarrollar e implementar planes para vincular datos de laboratorio con datos epidemiológicos clave para el análisis oportuno de datos.

Implementar sistemas de captura electrónica de datos epidemiológicos en territorio y de consolidación de los datos relevados por los laboratorios de la red, mediante carga masiva a partir de archivos planos al sistema de la COVID- 19.

5.1.A.7 Desarrollar un mecanismo de garantía de calidad para las pruebas en el punto de atención, incluidos los indicadores de calidad.

1. Implementación de la evaluación de calidad en la red de laboratorios del INSPI mediante paneles proficiencia de la detección del SARS-Cov-2 mediante RT-PCR y visitas técnicas in situ.
2. Ofertar el acceso a la evaluación de calidad con paneles proficiencia a la red de laboratorios nacionales que deseen participar.
3. Realizar encuentro entre el INSPI, MSP y ARCSA para revisar el registro y tecno vigilancia de insumos y dispositivos de diagnóstico que conduzca a la elaboración de fichas o cédulas técnicas para las compras mediante catálogo electrónico en coordinación con SERCOP/ARCSA/MSP.

5.1.A.8 Desarrollar e implementar una estrategia nacional para mejorar el diagnóstico de la COVID-19.

1. Coordinar entre MSP, MIES y GADs, una estrategia nacional que vincule el uso de pruebas diagnósticas con medidas sociales y de salud pública.
2. Levantar un inventario de capacidad instalada y potencial para identificar la capacidad diagnóstica para la COVID-19 de los laboratorios de la RPIS y RC, universidades y centros de investigación.
3. Generar lineamientos de trabajo y reporte en la red de laboratorios de diagnóstico para SARS-CoV-2/COVID-19.

5.1.A.9 Identificar las brechas en el recurso humano y utilizarlas para desarrollar e implementar capacitación para la fuerza laboral de laboratorio, particularmente aquellos involucrados en la recolección, transporte y análisis de muestras.

1. Estudio de disponibilidad de talento humano en áreas de laboratorio de la RPIS y RC en áreas de laboratorio clínico y molecular, mediante encuestas virtuales para la identificación de brechas y la actualización de necesidades.
2. Generar un programa de formación y desarrollo profesional continuo para el fortalecimiento de la capacidad resolutive de la red nacional de laboratorios.

5.1.A.10 Monitorear que la red de laboratorios privados cumpla con la notificación de casos y número de pruebas que implementan.

1. Realizar un análisis de la producción y procesos de los laboratorios autorizados por la ACESS para el diagnóstico de SARS-CoV-2 que incluya: cantidad de pruebas realizadas y tasas de positividad, tiempo de respuesta entre la recolección de la muestra y reporte de resultados, características del reporte, desempeño diagnóstico in vitro, muestras secuenciadas y carga oportuna de datos de secuencias de virus a plataformas de acceso abierto.
2. Revisar y evaluar la integración de la capacidad de diagnóstico de otros sectores incluidos los laboratorios de investigación, académicos o veterinarios.

5.1.A.11 Realizar una revisión post acción para revisar nudos críticos, desafíos y lecciones aprendidas en la implementación del diagnóstico del SARS-Cov-2.

Realizar un taller de revisión con la metodología de ejercicio post acción.

Pilar 6: Prevención y control de infecciones y protección del personal de salud.

Las prácticas de prevención y control de infecciones (PCI) en la comunidad y en los establecimientos de salud deben ser evaluadas, para mejorar la identificación y manejo de pacientes infectados por la COVID-19 para prevenir la transmisión al personal de salud, a los pacientes/visitantes y la comunidad y mantener los servicios esenciales de salud.

En los espacios públicos y comunitarios se deben adaptar estas medidas de control de infecciones y de salud pública para prevenir la transmisión de la COVID- 19.

Y se deben de adoptar medidas que velen por la protección del personal de salud tanto para disminuir las tasas de infección por la COVID-19 como de sus condiciones de trabajo y salud mental.

Resultado	Prácticas de Prevención y Control de Infecciones (PCI) en comunidades y establecimientos de salud evaluadas y mejoradas en preparación a la atención de pacientes infectados con la COVID-19, para prevenir la transmisión al personal de salud, pacientes/visitantes y en la comunidad.	
	Indicadores	Metas
	6.1.I.1. Porcentaje de personal de salud con la COVID-19 positivo. 6.1. I.2. Porcentaje de establecimientos de salud que implementen las PCI. 6.1.I.3. Porcentaje de municipios que han implementado PCI para prevenir y controlar el riesgo de transmisión en espacios públicos.	6.1. M.1. Menos del 10% del personal de salud con la COVID-19 positivo. 6.1.M.2. 100% de los establecimientos de salud implementaron las PCI. 6.1.M.3. 70% (154) de municipios han implementado PCI en espacios públicos.
Responsable	Director Nacional de Estrategias de Prevención y Control y Subsecretario Nacional de Vigilancia de la Salud Pública	

Actividades propuestas

6.1.A.1 Evaluar y fortalecer el Plan Nacional de IPC para la COVID-19, de acuerdo con los componentes básicos recomendados por la OMS y los requisitos mínimos para los programas de PCI.

1. Trimestralmente la guía nacional de PCI en establecimientos de salud (hospitalario).
2. Definir la herramienta de evaluación estandarizada para los establecimientos de salud por niveles de atención.
3. Desarrollar plataformas de formación continua para personal de salud en PCI (dependerá de la asignación del presupuesto).
4. Impresión de materiales sobre PCI para establecimientos de salud.
5. Elaborar y reproducir las guías nacionales para PCI en entornos comunitarios seleccionados (escuelas, etc.).
6. Asegurar material para difundir las guías comunitarias.

6.1.A.2 Desarrollar el Plan Nacional de Equipos de Protección Personal (EPP) presupuestado para garantizar el acceso y calidad en todos los establecimientos de salud.

1. Actualizar la estimación de EPP por niveles de atención por mes incluyendo costos.
2. Diseñar un sistema de monitoreo de abastecimiento de EPP.
3. Movilizar recursos y socios para implementar el Plan Nacional de EPP y garantizar un stock continuo para brindar los servicios a nivel de atención en salud y la comunidad.
4. Estrategia para el uso apropiado y racional de EPP en los servicios de salud (equipos de vacunación y de respuesta rápida).

6.1.A.3 Implementar políticas y estrategias nacionales y subnacionales para asegurar la implementación de los requisitos mínimos de la OMS en los programas de PCI en todos los establecimientos de salud.

1. Verificar el cumplimiento de los lineamientos de PCI en los establecimientos de salud.
2. Elaborar e implementar un plan (estrategia) nacional de capacitación del personal de salud en todos los niveles de atención de los lineamientos de PCI.
3. Mantener mesas nacionales y zonales para seguimiento del PCI y realizar el seguimiento permanente.

6.1.A.4 Implementar estrategias y herramientas para prevenir, investigar y manejar las infecciones del personal de salud.

1. Crear sistemas para el registro de atención de la salud ocupacional del personal de salud en toda la red de servicios de salud. (la ejecución dependerá de la asignación del presupuesto).
2. Implementar programas y planes de PCI de salud ocupacional para mejorar el bienestar de la población trabajadora del sector salud.
3. Recopilar y notificar datos estandarizados sobre la morbilidad y mortalidad del personal de salud, desglosados por género, edad y grupo ocupacional, como mínimo. (depende de la implementación del punto 1).
4. Ejecución de talleres para socialización de lineamientos de promoción de salud en el trabajo y prevención de enfermedades profesionales a cada responsable de salud en el trabajo en las coordinaciones zonales de salud.
5. Estructurar equipos nacionales y zonales de salud en el trabajo para control y seguimiento del personal de salud expuesto a la COVID-19 tanto MSP como RPIS- RPC.
6. Implementar espacios de contención para el personal de salud en general y en particular para los que se encuentran en riesgo y los que han sido infectados por la COVID-19

6.1.A.5 Implementar mejoras al agua y el saneamiento para las instalaciones de salud de acuerdo con las hojas de ruta del país elaboradas con Herramienta WASH FIT.

1. Desarrollar un plan de mejoras de infraestructura de agua en los establecimientos de salud, utilizando herramientas estandarizadas, como la respuesta a la PCI para la COVID -19 en los establecimientos de salud, la lista de verificación de preparación rápida del hospital, el marco de evaluación de IPC, La herramienta de requisito mínimos de PCI.
2. Desarrollar campañas de difusión e implementación de higiene de manos.
3. Producir videos didácticos, recreativos y dinámicos, cuñas de radio, y manuales para brigadistas o personal de voluntariado para intensificar, publicados frecuentemente y que sean obligatorios.

6.1.A.6 Apoyar el acceso a los servicios WASH en lugares públicos y espacios comunitarios de mayor riesgo, con consideraciones especiales para personas vulnerables, sitios colectivos (incluso para personas sin hogar, migrantes y poblaciones de cuidados a largo plazo) y centros comunitarios de aislamiento.

1. Coordinación con los GADs Municipales para evaluar los riesgos de transmisión en los espacios públicos bajo su control.
2. Desarrollar cursos de formación virtual dirigido a personal de los GADs Municipales para el fortalecimiento de capacidades para evaluar y dar respuesta al riesgo de transmisión en los espacios públicos.
3. Desarrollar cursos de formación virtual, asistencia técnica y monitoreo permanente dirigido a personal de los municipales para el fortalecimiento de capacidades en la gestión local de los GADs frente a los determinantes de la salud.
4. Acompañamiento técnico para la elaboración del plan de respuesta municipal a los riesgos identificados.
5. Acompañamiento técnico para elaboración e implementación de estrategia frente al riesgo de transmisión en los mercados.
6. Garantizar recursos adecuados de CIF y WASH para la implementación de la iniciativa higiene de manos para todos y la campaña de la OMS de higiene "SALVA VIDAS: Lávate las manos".

6.1.A.7 Diseminar las guías de PCI para hogares y proveedores de salud comunitario.

6.1.A.8. Implementar controles de triaje, detección temprana y fuentes de infección, controles administrativos y controles de ingeniería; implementar alertas visuales (material edu-comunicacional en lengua apropiada) para que miembros de la familia y pacientes informen al personal de triaje sobre síntomas respiratorios y practicar etiqueta respiratoria.

6.1.A.9 Proveer apoyo a la medida a servicios de salud priorizados basado en la evaluación del riesgo de PCI y patrones de demanda de servicios de salud, incluido los suministros, recursos, capacitación

Pilar 7: Gestión de casos, manejo clínico y terapéutico.

La gestión eficaz de los casos se debe focalizar en la importancia de salvar vidas de aquellos que están en riesgo de muerte y los que tienen una enfermedad grave o crítica; y también garantizar la calidad de vida en todos los pacientes, independientemente de la gravedad de la enfermedad.

Garantizar que los profesionales de la salud tengan acceso a orientaciones multidisciplinarias, basadas en evidencia científica, continuamente actualizadas, y garantizar que tengan acceso a las terapéuticas establecidas, formación continua y suministros de calidad para proporcionar atención de calidad y segura en el contexto de redes integradas de los establecimientos de salud.

Resultado	Establecimientos de salud que garantizan la continuidad de la atención segura y de calidad de los pacientes sospechosos y confirmados de la COVID-19 con protocolos de atención basados en evidencia científica.	
	Indicadores	Metas
	<p>7.1.1.1. Número de Guías de práctica clínica para pacientes leves, moderados y críticos con COVID-19 actualizadas / Número de Guías de práctica clínica para pacientes leves, moderados y críticos con COVID-19 elaboradas.</p> <p>7.1.1.2 Número de protocolos actualizados de atención para pacientes COVID-19 leves, moderados y críticos / Número de protocolos de atención para pacientes COVID-19 leves, moderados y críticos elaborados.</p> <p>7.1.1.3 Porcentaje de utilización del software de implementación de las GPC y protocolos para pacientes leves, moderados y críticos.</p> <p>7.1.1.4. Número de medicamentos y dispositivos médicos adquiridos / número de medicamentos y dispositivos médicos planificados</p> <p>7.1.1.5 Tasa de letalidad de casos sospechosos y confirmados de COVID-19.</p>	<p>7.1.M.1. Mantener actualizadas el 70% de las guías de práctica clínica elaboradas.</p> <p>7.1.M.2. Mantener actualizado el 50% de los protocolos elaborados.</p> <p>7.1.M.3. Lograr un 50% de utilización del software de implementación por parte de los profesionales a los que están dirigidas las GPC y protocolos.</p> <p>7.1.M.4 Lograr un 90% de la ejecución de la planificación de la adquisición medicamentos y dispositivos médicos</p> <p>7.1.M.5. Disminuir la tasa de letalidad por COVID-19 a la media de los países de la región</p>
Responsable	Director Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos, Director Nacional de Normatización y Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud	

Actividades propuestas

7.1. A.1 Desarrollar un sistema de gestión de suministros críticos para la atención de pacientes con COVID-19.

1. Establecer un sistema de información para evaluar la disponibilidad de equipos biomédicos, incluida la capacidad de la fuente de oxígeno y los dispositivos respiratorios de alto flujo, BIPAP, ventilación mecánica y consumibles y accesorios asociados.
2. Establecer un sistema de información para evaluar la disponibilidad de medicamentos esenciales, incluidos los tratamientos específicos de COVID-19 en entornos ambulatorios y hospitalarios de acuerdo a la guía de manejo

clínico.

3. Realizar un diagnóstico del estado del equipamiento mayor y menor de los hospitales centinelas y/o unidades que brindan atención directa a pacientes COVID-19, con el fin proyectar la renovación de los mismos.
4. Preparar lineamientos claros y específicos para adquisiciones de insumos, medicamentos, equipamiento para el manejo de atención de pacientes COVID-19.
5. Coordinar actividades con TICs para la implementación de un sistema web para conocer los stocks de medicamentos e insumos en cada una de los establecimientos de salud que atienden pacientes con COVID-19.

7.1. A.2 Asegurar la implementación de recomendaciones actualizadas y basadas en evidencia de acuerdo con el contexto local y evaluar el impacto de implementación para los pacientes con COVID-19 leve, moderado, grave y crítico, y aquellos que pueden experimentar la condición post COVID-19.

1. Reactivar y fortalecer el comité técnico de expertos clínicos para mantener actualizadas las guías de práctica clínica, protocolos de manejo y otros documentos normativos conforme a las recomendaciones basadas en evidencia.
2. Desarrollar una metodología de elaboración y actualización para guías de práctica clínica de COVID-19 basada en la metodología GRADE – Adolopment.
3. Capacitar en la metodología de elaboración y actualización para guías de práctica clínica de COVID-19 basada en la metodología GRADE – Adolopment a todos los miembros de los paneles elaboradores de guías.
4. Actualizar la guía de manejo clínico de pacientes COVID-19 basada en la evidencia científica, utilizando la metodología GRADE – Adolopment de acuerdo a la gravedad del paciente y por niveles de atención, que incluye cuidados médicos, nutricionales, psicosociales y paliativos.
5. Establecer y ejecutar un plan de capacitación continua para el personal de salud por niveles de atención (presenciales y online) para la implementación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC).
6. Difundir las recomendaciones de las GPC adecuadamente por los canales de comunicación adecuados.
7. Generar los protocolos y algoritmos clínicos, basados en evidencia científica alineados a las recomendaciones de las GPC.

7.1.A.3 Garantizar la disponibilidad y el acceso a productos farmacéuticos, dispositivos médicos, oxígeno y otros productos sanitarios de calidad, seguros y rentables y tecnologías consideradas esenciales para el tratamiento de la COVID-19, según el nivel de atención y el contexto.

1. Mantener a la ARCSA coordinando actividades con el resto de Autoridad Reguladoras Nacionales (ARN) de referencia regional, para COVID-19. (ARCSA cuenta con comité de expertos, que trabajan sobre registros sanitarios, ensayos clínicos, etc comentario)
2. Fortalecer la capacidad del MSP y la ARCSA para asegurar que los ensayos

- clínicos que se están desarrollando en el país cuenten con los requisitos establecidos en la normatividad actual.
3. Establecer un plan de adquisiciones que tome en consideración mecanismos de compra internacional para obtener precios competitivos y anticiparse a los cambios en el mercado.
 4. Monitorear el uso de diagnósticos, terapias en ensayos clínicos, a lo largo de la vía de aprobación regulatoria, mercado autorización y / o vigilancia post comercialización, según proceda.
 5. Garantizar la disponibilidad presupuestaria que sostenga el plan de adquisiciones.

7.1. A.4 Evaluar la implementación y efectividad de los procedimientos y protocolos de manejo de casos (incluso para mujeres embarazadas, niños, ancianos y pacientes inmunodeprimidos), y ajustar la orientación y / o abordar las brechas de implementación.

1. Elaborar e implementar variables que indiquen el impacto del manejo clínico de la COVID-19.
2. Contribuir con datos clínicos sobre pacientes hospitalizados con la COVID-19 a la Plataforma Clínica Mundial de COVID-19 de la OMS.
3. Monitorear los indicadores de desempeño a nivel del paciente para evaluar si se mejoran los procesos de atención. Por ejemplo, ¿los pacientes con COVID-19 grave o crítico ¿reciben corticosteroides? Si no es así, explique por qué. Utilice esta información para mejorar la calidad del cuidado.
4. Elaborar e implementar un plan estratégico con su respectiva hoja de ruta de investigación de manejo clínico de COVID-19.

Pilar 8: Apoyo operativo y aspectos logísticos

Los arreglos logísticos para apoyar el manejo de incidentes y operaciones deben ser revisados. Los procesos expeditos pueden ser requeridos en áreas clave (ej. despliegue de personal de emergencia compra de insumos esenciales, pago de personal).

Resultado	La RPIS mantiene cantidad suficiente de suministros e insumos para manejo y tratamiento de enfermedades de la COVID-19 y no COVID-19	
	Indicadores	Metas
	Porcentaje de abastecimiento de suministros e insumos de la RPIS y Red complementaria, para el manejo y tratamiento de enfermedades de la COVID-19 y no COVID-19	75% de abastecimiento de suministros e insumos de la RPIS y Red complementaria, para el manejo y tratamiento de enfermedades de la COVID-19 y no COVID-19
	Responsable:	Subsecretario Nacional de Vigilancia de la Salud Pública

Actividades propuestas

8.1.A.1 Apoyar operativa y logísticamente las cadenas de suministro.

1. Permitir una asignación equitativa de suministros e insumos a la RPIS y red completaría para evita la escasez de los mismos.
2. Identificar el personal clave de los servicios esenciales, así como sus funciones y responsabilidades durante una pandemia.
3. Establecer sistemas de comunicación y verificación de existencias / inventario de insumos indispensables en los establecimientos de salud (oxígeno, sedo analgesia, antibióticos, etc.)
4. Implementar un sistema de gestión y control de la cadena de suministro (garantía de calidad, almacenamiento, almacenamiento, disposiciones de seguridad, transporte y distribución) para suministros médicos y otros suministros esenciales.
5. Conformar un grupo de trabajo con el sector de transporte (terrestre, aéreo y marítimo) a fin de elaborar planes para mantener la continuidad de las actividades de los servicios esenciales.
6. Generar redes de apoyo humanitarios para garantizar la apoyo operativo y logístico en la entrega directa de suministros esenciales en todo el territorio nacional.

Pilar 9: Mantenimiento de los servicios esenciales en salud durante un brote

La priorización de los servicios esenciales sigue siendo necesaria en la medida que se enfrenten segundas o terceras oleadas de transmisión de COVID-19. Para ello es necesario reforzar la atención primaria, disminuyendo las barreras de acceso, de tal forma que la población tenga acceso a los servicios esenciales de salud.

Es necesario reforzar la dotación de recursos humanos, así como garantizar los insumos y medicamentos esenciales en los servicios de salud para disminuir el impacto de la interrupción de los mismos.

Resultados	Mantenimiento y recuperación de los servicios esenciales de salud en todos los niveles de atención de la red de servicios públicos y privados.	
Indicadores	Metas	
9.1.I.1. Porcentaje de servicios de salud que han suspendido la provisión de servicios por alto riesgo de transmisión de COVID-19. 9.1.I.2 Porcentaje de servicios esenciales recuperados con respecto al 2020.	9.1.M.1. Menos del 10% de los servicios de salud han suspendido la provisión de servicios por alto riesgo de transmisión de COVID-19. 9.1.M.2 Se ha recuperado al menos el 20% de los servicios esenciales con respecto al 2020.	
Responsable	Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud	

Actividades propuestas

9.1.A.1 Garantizar la provisión de los servicios esenciales de salud durante la pandemia.

1. Definir una lista de servicios esenciales, abordando las necesidades particulares de las poblaciones priorizadas (Tuberculosis, VIH, Hipertensión, Diabetes, Salud Mental, Inmunizaciones, Atención materna-neonatal, atención infantil hasta los 5 años, malaria, dengue, nutrición).
2. Mapeo de servicios esenciales de salud en zonas de alta vulnerabilidad.
3. Elaboración de los lineamientos para la provisión de servicios esenciales de acuerdo a los escenarios de riesgo.
4. Socialización de los lineamientos de provisión de servicios esenciales.
5. Plan de recuperación de servicios esenciales rezagados (niños sin vacunar, detecciones, programas de tamizajes: papanicolaou/IVA, malformaciones congénitas, cirugías y otros procedimientos) incluyendo presupuesto.
6. Evaluar y mejorar los flujos de atención por nivel de atención para el acceso oportuno a los servicios esenciales, (sistema de agendamiento, reorganización de servicios, infraestructura).
7. Gestionar, reorganizar y priorizar el funcionamiento de los servicios de diálisis, oncológicos y de trasplantes.
8. Mantener la gestión para la selección, envío al exterior y reconocimiento del pago, a los pacientes que, por su diagnóstico y falta de oferta de servicios en el país, requieren derivación a hospitales en el exterior.
9. Mantener la gestión para la selección, derivación y reconocimiento del pago, a los pacientes que por su diagnóstico y falta de oferta de servicios en establecimientos del MSP, requieren derivación (nacional) a prestadores de la RPIS y RPC.
10. Actualizar la brecha de talento humano para la provisión de servicios esenciales y gestionar los recursos financieros para reducir la brecha.

9.1.A.2 Garantizar la cadena de suministros de los servicios esenciales de salud.

1. Estimación de insumos y medicamentos para mantener los servicios esenciales de acuerdo a los escenarios de riesgo. (provisión trimestral).
2. Planificación de adquisición de medicamentos esenciales para evitar el desabastecimiento, considerando la disponibilidad en el mercado internacional (antirretrovirales, antituberculoso, antihipertensivos, métodos anticonceptivos, vacunas, psiquiátricos).
3. Diseñar un sistema de gestión y monitoreo de insumos críticos para garantizar cadena de abastecimiento.

9.1.A.3 Evaluar y monitorear la utilización de los servicios de salud esenciales y las barreras, incluidas las financieras, de género, geográficas y barreras culturales a la utilización e identificar soluciones en estrecha colaboración con las comunidades.

Definir un sistema de monitoreo de la provisión de servicios esenciales que permita identificar la interrupción y recuperación de los servicios y sistema de alertas.

9.1.A.4 Reorganización y adaptación de los servicios de salud de acuerdo a los escenarios epidemiológicos.

1. Identificar los servicios de rutina y electivos que pueden retrasarse o reubicarse en áreas no afectadas, y crear una hoja de ruta para reducción progresiva por fases y reintroducción de servicios.
2. Crear e implementar una hoja de ruta para la implementación por fases y la ampliación oportuna de la contratación e implementación de la fuerza laboral y estrategia de redistribución.
3. Garantizar triaje respiratorio y flujos de atención de pacientes.
4. Asegurar que los requisitos mínimos para IPC, incluida la implementación de precauciones estándar, estén establecidos en todas las instalaciones de todo el sistema de salud y asegurar un suministro adecuado de PCI para garantizar la prestación segura de los servicios de salud esenciales.
5. Implementar una estrategia de teleasistencia para servicios esenciales de salud.

9.1.A.5 Garantizar condiciones de trabajo dignas, incluida la implementación de medidas de salud ocupacional y seguridad del personal, incluidas apoyo psicológico para todos los trabajadores de la salud.

Estrategias de referencia efectiva de los trabajadores de la salud a los servicios de atención psicosocial en un marco de confidencialidad.

9.1.A.6 Garantizar la continuidad de la atención psicosocial para personas con problemas de salud mental.

1. Continuar con la PAP mediante teleasistencia (171, 911).
2. Desarrollar e implementar grupos de apoyo mutuo virtuales por distrito de salud y por centros de internación y de privación de libertad.
3. Desarrollar un plan de capacitación para personal especializado y no especializado en PAP y MHGAP modalidad virtual.
4. Implementar protocolos de continuidad del tratamiento y contacto familiar en instituciones de internamiento de salud mental, asilos de ancianos, albergues de refugiados y centros de privación de libertad.
5. Definir mecanismos de desinstitucionalización progresiva en la RPIS y reinserción efectiva en el grupo familiar.

9.1.A.7 Desarrollar e implementar un sistema de monitoreo continuo de la situación de bienestar de los trabajadores de salud, MIES y otros equipos priorizados en emergencia, que participan en actividades de respuesta al COVID-19.

1. Actualizar e Implementar el protocolo de cuidado de equipos que incluye disponibilidad de espacio y tiempo.
2. Participar en la iniciativa Héroes (encuestas estandarizadas del bienestar de los equipos de salud).

Pilar 10: Vacunación contra COVID-19

El desarrollo de este pilar se lo realizará como establece el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 y del Manual de la planificación para la Vacunación contra la COVID-19, del año 2021.

9. Financiamiento

Para la respuesta del MSP se requiere un total de 317,96 millones de dólares norteamericanos.

10. Criterios para orientar la asignación de recursos públicos, inversión, y otras fuentes.

Las necesidades financieras de esta respuesta están estimadas en USD 222.607.656,82. Para hacer frente a esta necesidad, se plantean las siguientes fuentes de financiamiento:

1. Recursos existentes en el presupuesto corriente y de inversión del PGE para el MSP y otras entidades involucradas en la ejecución;
2. Donaciones en especie entregadas directamente al MSP u otras entidades involucradas directamente en la ejecución del plan;
3. Reasignación de recursos dentro de las diferentes instituciones que forman parte del PGE;
4. Fondos adicionales obtenidos de créditos de organismos multilaterales, donaciones en efectivo y cualquier otro recurso financiero que finalmente deba ser registrado en la Cuenta Única del Tesoro Nacional.

Las primeras dos fuentes serán gestionadas directamente por el MSP. Para las dos últimas, será necesaria la coordinación y gestión conjunta del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

El MSP asignará los recursos destinados a gasto corriente y de inversión que le correspondan en modalidad de reconocimiento de gasto. En ese contexto, los criterios propuestos para priorizar las autorizaciones de gasto son los siguientes:

1. Pago de remuneraciones a personal salud, técnico y de apoyo en la respuesta a la emergencia.
2. Compra de equipos de protección personal, medicamentos, kits de pruebas, dispositivos y equipos médicos que sean necesarios para atender la emergencia.
3. Repotenciamiento de infraestructura que permitan ampliar la atención médica a la ciudadanía.
4. Pago de derivaciones médicas.

El MSP coordinará a través de la Coordinación General de Planificación y Gestión

Estratégica con instituciones de la sociedad civil que puedan proporcionar donaciones en especie, en base a las necesidades identificadas por el MSP y hechas públicas a través del COE Nacional.

Hasta el momento, se han identificado algunas fuentes de financiamiento y se han movilizado recursos provenientes de fuentes internas y externas. El desglose se incluye como anexo 2.

11. Gestión del Plan de Preparación y Respuesta integral ante la COVID-19 - Plan Fénix.

El MSP tendrá la responsabilidad política de la implementación del plan a través de los Viceministros de Gobernanza en Salud y Atención Integral en Salud; así como sus Entidades Adscritas.

El Comando de Incidentes (CI) establecido para el manejo de la emergencia, será el responsable técnico de la implementación, con el apoyo de las instancias técnicas del MSP involucradas por cada pilar del plan, de manera articulada con la MTT2 del COE Nacional, a saber:

- Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública
- Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública
- Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
- Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de la Salud
- Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de la Salud
- Coordinación General Administrativa - Financiera
- Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica
- Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
- Dirección Nacional de Comunicación, Imagen y Prensa
- Dirección de Cooperación y Relaciones Internacionales
- ARCSA
- INSPI

Las coordinaciones zonales, serán las responsables de la ejecución de las actividades de orden territorial establecidas en el plan. El CI, será responsable de la articulación con el COE y las mesas técnicas con competencias dentro de las actividades propuestas en el plan.

Cada seis meses, el plan se revisará para ajustarse a la evolución de la COVID-19 en el país, así como en consideración de las medidas y resoluciones aprobadas para hacer frente a la pandemia.

La responsabilidad del destino y buen manejo de los recursos será de la Coordinación de Planificación y Gestión Estratégica y la Coordinación General Administrativa - Financiera. El MSP podrá identificar otros mecanismos de gestión de los fondos.

12. Monitoreo y evaluación

El Plan Estratégico de Preparación y Respuesta a la COVID-19 cuenta con una matriz de resultados por pilar que incluye un conjunto de indicadores, metas, actividades y tareas, a cargo de los diferentes actores de la Red Pública de Salud.

Una vez operativizado el Plan Estratégico, la Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica del Ministerio de Salud Pública coordinará trimestralmente el monitoreo de los avances, en función de la información disponible, y realizará la evaluación del Plan al finalizar el periodo de vigencia, con la finalidad de determinar el nivel de cumplimiento de las metas propuestas.

En esta sección, se expone las metodologías de monitoreo y evaluación planteadas para el presente plan.

Para efectos de su aplicación, se aborda brevemente un marco conceptual referencial, de acuerdo con la Norma Técnica del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa, publicada en el Registro Oficial N° 91, de 29 de noviembre de 2019.

Evaluación: es el proceso de valoración sistemática, integral y objetiva del diseño, ejecución, efectos o impactos de una intervención pública, basado en evidencia y destinado a contribuir en la mejora de las políticas públicas.

Meta: se define como la expresión concreta y cuantificable de lo que se busca alcanzar en un período definido, sean estos impactos, resultado o gestión.

Plan: instrumento de planificación que, a partir de orientaciones y prioridades definidas en el ámbito técnico y político, establecen objetivos y metas de corto, mediano o largo plazo, así como las acciones para alcanzarlas y los espacios de articulación para tal efecto.

Seguimiento: proceso sistemático periódico de observación, medición, análisis, para verificar la realización progresiva del programa, proyecto o política pública y sus resultados con el objetivo de comprobar su avance, en vista de controlar la gestión y ayudar en la toma de decisiones.

13. Metodología de monitoreo

La Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica del Ministerio de Salud Pública coordinará trimestralmente el monitoreo de los avances del Plan por cada uno de los pilares. Para ello, se elaborará un informe descriptivo del progreso de las tareas, acciones y resultados. Adicionalmente, el informe identificará alertas. Con esto, se busca motivar a que las entidades responsables concreten acciones correctivas o de mejora que aseguren el cumplimiento de las metas identificadas. Para ello, se establecerán hojas de ruta que expongan los hitos encaminados a asegurar el cumplimiento de las metas.

Esta revisión permitirá actualizar la matriz de resultados, en caso de que se considere pertinente.

14. Metodologías de evaluación

Al finalizar el periodo de vigencia del plan, la Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica del Ministerio de Salud Pública coordinará la evaluación del Plan Estratégico con base a las metas establecidas en cada pilar.

Se presentará un informe de evaluación final que permita valorar de forma sistémica y objetiva los resultados de la intervención pública. Se espera que este documento de cuenta de la eficiencia, efectividad y relevancia del Plan en su implementación. El informe alimentará el desarrollo de una posible segunda fase del Plan Estratégico.

La metodología de evaluación del Plan Estratégico se fundamenta en la comparación de los valores esperados respecto a los valores que efectivamente se registran, de acuerdo con lo cual se definieron cuatro categorías de cumplimiento:

Semáforo	Categoría	Descripción
●	Metas cumplidas	El valor registrado es mayor o igual al 95% la meta
●	Metas con avance menor a lo esperado	El valor registrado es mayor o igual al 75% meta y menor que el 95% de la meta
●	Metas con problemas	El valor registrado es menor al 75% meta
●	Metas sin información	Indicadores cuya actualización no fue posible realizar al momento de la evaluación

15. Abreviaturas

APO: Aislamiento Obligatorio Preventivo

ASN: Autoridad Sanitaria Nacional

ASSA: Agenda de Salud Sostenible para las Américas

BM: Banco Mundial

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CETAD: Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas

CNE: Centro Nacional de Enlace

CNI: Centros Nacionales de Influenza

COE: Comité de Operaciones de Emergencia Nacional

DCP: Disease Commodity Package (Paquetes de productos básicos para enfermedades)

EPP: Equipo de Protección Personal

ESPII: Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional

ETI: Enfermedades Tipo Influenza

FMI: Fondo Monetario Internacional

GADs: Gobiernos Autónomos Descentralizados

IASC: Comité Permanente entre Organismos

IPC: Infection Prevention and Control (Prevención y Control de Infecciones)

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

INSPI: Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública

MEF: Ministerio de Economía y Finanzas

MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social

MSP: Ministerio de Salud Pública del Ecuador

MTT: Mesa Técnica de Trabajo

NNA: Niños, Niñas y Adolescentes

OCHA: Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAP: Primer Apoyo Psicológico

PCR-TR: Polymerase Chain Reaction - Reverse Transcription

PE: Plan Estratégico de la OPS 2020 – 2025.

PGE: Presupuesto General del Estado

PIB: Producto Interno Bruto

PMU: Comando Mando Unificado

SNU: Sistema de Naciones Unidas

STPE: Secretaría Técnica Planifica Ecuador

TAPS: Técnicos de Atención Primaria en Salud

UCI: Unidad de Cuidado Intensivo

UNCT: United Nations Country Team

UNICEF: United Nations Children's Fund

VBE: Vigilancia Basada en Eventos

16. Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia [Internet]. Washington: OPS; 11/03/2020 [consultado 16/05/2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
2. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Plan Global de Respuesta Humanitaria COVID-19 actualizado [Internet]. New York: ONU; 07/05/2021 [consultado 16/06/2021]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/plan-global-de-respuesta-humanitaria-covid-19-actualizado>
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización Epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19) - 18 de mayo, 2021. Washington: OPS; 18/05/2021 [consultado 15/06/2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-18-mayo-2021>
4. Ministerio de Salud Pública (MSP). Acuerdo Ministerial No. 00126-2020 “Declárese el Estado de Emergencia sanitaria en todos los establecimientos del sistema nacional de salud, en los servicios de laboratorio, unidades de epidemiología y control, ambulancias aéreas, servicios de médicos y paramédicos, hospitalización y consulta externa por la inminente posibilidad del efecto provocado por el coronavirus COVID-19, y prevenir un posible contagio masivo en la población” [Internet]. Quito: Registro Oficial; 12/03/2020 [consultado 13/06/2021].
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Plan estratégico de preparación y respuesta para la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) - Pautas para la planificación operativa de la preparación y la respuesta de los países [Internet]. Washington: OPS; 07/04/2020 [consultado 02/06/2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/plan-estrategico-preparacion-respuesta-para-enfermedad-por-coronavirus-2019-covid-19>
6. Ministerio de Salud Pública (MSP). Plan de Preparación y Respuesta del Ecuador ante la COVID-19.
7. Organización Mundial de la salud (OMS). Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020 [Internet]. Recuperado de: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>
8. Constitución de la República del Ecuador (2008). Artículo 32. Recuperado de https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic5_ecu_ane_cons.pdf
9. Constitución de la República del Ecuador (2008). Artículo 358. Recuperado de https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic5_ecu_ane_cons.pdf
10. Constitución de la República del Ecuador (2008). Artículo 389. Recuperado de https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic5_ecu_ane_cons.pdf
11. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2015). Ley Orgánica de Salud, artículo 4, 6,62,64
12. Naciones Unidas (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS
13. Organización Panamericana de la Salud (2018). Agenda de Salud Sostenible para las Américas (ASSA). Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13246:health-agenda-americas&Itemid=42349&lang=es
14. Organización Panamericana de la Salud (2019). Plan Estratégico de la OPS 2020 – 2025. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=50

- 291-cd57-od359-s-plan-estrategico-ops&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es
15. PAHO (2020). COVID-19, Global and regional update, abril 30 2020.
 16. Plan American Health Organization (2020). Situation report 6 - Ecuador, 2020.
 17. Presidencia de la República del Ecuador (2020). Decreto Ejecutivo No. 1017, 16 de marzo del 2020
 18. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2017). Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una Vida.
 19. The Inter-Agency Standing Committee (2020). Fact Sheet
 20. World Health Organization (2020), WHO Emergencies Coronavirus Emergency Committee Second Meeting. Recuperado de: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/ihr-emergency-committee-for-pneumonia-due-to-the-novel-coronavirus-2019-ncov-press-briefing-transcript-30012020.pdf?sfvrsn=c9463ac1_2
 21. World Health Organization (2020). Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. Iterim guidance.
 22. World Health Organization (2020). Global Surveillance for human infection with coronavirus disease (COVID-19). Recuperado de: [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
 23. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/ihr-emergency-committee-for-pneumonia-due-to-the-novel-coronavirus-2019-ncov-press-briefing-transcript-30012020.pdf?sfvrsn=c9463ac1_2
 24. PAHO (2020). COVID-19, Global and regional update, 19 may, 2021.
 25. <https://www.paho.org/es/reglamento-sanitario-internacional>
rsi#:~:text=El%20Reglamento%20Sanitario%20Internacional%20es,medio%20de%20la%20resoluci%C3%B3n%20WHA58
 26. <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>
 27. https://public.tableau.com/profile/ops.ecuador#!/vizhome/SS-COVID_A/LABORATORIO
 28. https://public.tableau.com/profile/ops.ecuador#!/vizhome/SS-COVID_A/MORTALIDAD
 29. https://public.tableau.com/profile/ops.ecuador#!/vizhome/SS-COVID_A/CASOS
 30. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (CSP29/6).
 31. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13246:health-agenda-americas&Itemid=42349&lang=es.
 32. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=50291-cd57-od359-s-plan-estrategico-ops&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es

17. Anexos

Anexo 1: Alineación con instrumentos internacionales de planificación

Pilar	Meta e Indicador de ODS	Objetivo y meta de la ASSA1	Resultado Intermedio del PE OPS 2020 - 20252
Pilar 1	3d	Obj 2 Metas 3 y 4	RI 9: Fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza
Pilar 2	16.10	Obj 6 Metas 1 y 2	Ri 20: Sistemas integrados de información para la salud Ri 21: Datos, información, conocimiento y evidencia
Pilar 3	3d	Obj 8 Meta 3 y 4	RI 25: Detección y respuesta a las emergencias de salud
Pilar 4	3d	Obj 8 Meta 3 y 4	
Pilar 5	3d	Obj 8 Meta 3 y 4 Obj 5	RI 23: Preparación para las emergencias de salud y reducción de los riesgos RI 8: Acceso a las tecnologías sanitarias
Pilar 6	3d	Obj 8 Meta 4	R-I 24: Prevención y control de epidemias y pandemias
Pilar 7	3d	Obj 8 Meta 3 y 4	R-I 23: Preparación para las emergencias de salud y reducción de los riesgos
Pilar 8	3d	Obj 5 Meta 1 y 7	
Pilar 9	3.8 y 3.d Y 3.4 (salud mental y el bienestar)	Obj 1	RI 1: Acceso a servicios de salud integrales y de buena calidad. RI 5: Acceso a servicios de salud relacionados con las ENT y los trastornos de salud mental
Pilar 10	Este pilar se lo realizará como establece el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 y del Manual de la planificación para la Vacunación contra la COVID-19, del año 2021.		

ACUERDO MINISTERIAL Nro. 054 - 2021**Mgs. Hugo Marcelo Cabrera Palacios
MINISTRO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS****CONSIDERANDO:**

- Que,** el Ecuador es un Estado constitucional de Derechos y Justicia social, democrático y soberano, independiente, unitario, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada.
- Que,** el numeral 1 del artículo 154 de la Constitución de la República del Ecuador, establece que a los Ministros y Ministras de Estado, les corresponde "*ejercer la rectoría de las políticas públicas del área a su cargo y expedir los acuerdos y resoluciones administrativas que requiera su gestión*".
- Que,** el Art. 160 de la Constitución de la República, Inciso Segundo establece que los miembros de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional estarán sujetos a las leyes específicas que regulen sus derechos y obligaciones y su sistema de ascensos y promociones con base de méritos y criterios de equidad de género, garantizando su estabilidad y su profesionalización;
- Que,** la normativa constitucional, en su Art. 229, considera como servidoras o servidores públicos, a todas las personas que en cualquier forma, o cualquier título, trabajen, presten servicios o ejerzan un cargo, función o dignidad dentro del sector público;
- Que,** la Constitución establece que la Policía Nacional del Ecuador, es una institución estatal de carácter civil, armada, técnica, jerarquizada, disciplinada, profesional y altamente especializada, cuya misión es atender la seguridad ciudadana y el orden público, proteger el libre ejercicio de los derechos y seguridad de las personas dentro del territorio nacional;
- Que,** el vigente Código Orgánico de Entidades de Seguridad Ciudadana y Orden Público, en el numeral 4, de su Art. 234, dispone que: "Además de los derechos establecidos en la Constitución de la República y la ley que regula el servicio público son derechos de las y los servidores de las entidades complementarias de seguridad, los siguientes... 4. Recibir condecoraciones o reconocimientos institucionales no económicos por actos del servicio",
- Que,** el Ministerio de Transporte y Obras Públicas, fue creado mediante Decreto Ejecutivo Nro. 8, de 15 de enero de 2007, publicado en el Registro Oficial Nro. 18, de 8 de febrero de 2007, sustituyendo así al Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones;
- Que,** el Ministerio de Transporte y Obras Públicas, es una entidad del Estado, parte de la Función Ejecutiva, al igual que los Ministerios determinados en el artículo 16 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva; y, pertenece a la Administración Pública Central, conforme se desprende del artículo 45 del Código Orgánico Administrativo;

Que, con Decreto Ejecutivo Nro. 13, de 24 de mayo de 2021, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador, Guillermo Lasso Mendoza, designó al Mgs. Hugo Marcelo Cabrera Palacios, como ministro de Transporte y Obras Públicas;

Que, con la finalidad de condecorar y destacar la actuación del siguiente Policía de la gloriosa Policía Nacional, que presten su servicio en la dirección Nacional de Seguridad y Protección, como seguridad del Ministro de Transporte y Obras Públicas.

Por las consideraciones antes expuestas y en ejercicio de las facultades que me considere la Constitución y la ley;

ACUERDA:

Artículo. 1.- Condecorar "Al Mérito Profesional" toda vez que se han presentado servicios relevantes y acciones trascendentales en prestigio y beneficio de mi seguridad al:

SARGENTO SEGUNDO EDGAR PATRICIO CANCHIGNIA HERRERA.

Identificado por su coraje, decisión y temple, en la intervención de un asalto a mano armada que se registró en un restaurante ubicado en la provincia de El Oro, después de un recorrido vial, actuando conforme a la normativa legal vigente y en estricto respeto a los derechos humanos, logrando la protección de mi integridad física y salvando mi vida, la de mi equipo de trabajo, del Gobernador de El Oro, Francisco Vera y de todos los ciudadanos que nos encontrábamos al interior de un local.

Siendo acertada la labor en el cumplimiento de sus funciones en su jurisdicción, gracias al trabajo realizado en materia de seguridad.

El presente Acuerdo Ministerial, entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

Comuníquese y publíquese. - Dado en la ciudad de San Francisco de Quito, a 12 días de octubre de 2021.



Firmado electrónicamente por:
**HUGO MARCELO
CABRERA
PALACIOS**

Mgs. Hugo Marcelo Cabrera Palacios
MINISTRO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS



Ing. Hugo Del Pozo Barrezueta
DIRECTOR

Quito:
Calle Mañosca 201 y Av. 10 de Agosto
Telf.: 3941-800
Exts.: 3131 - 3134

www.registroficial.gob.ec

El Pleno de la Corte Constitucional mediante Resolución Administrativa No. 010-AD-CC-2019, resolvió la gratuidad de la publicación virtual del Registro Oficial y sus productos, así como la eliminación de su publicación en sustrato papel, como un derecho de acceso gratuito de la información a la ciudadanía ecuatoriana.

"Al servicio del país desde el 1º de julio de 1895"

El Registro Oficial no se responsabiliza por los errores ortográficos, gramaticales, de fondo y/o de forma que contengan los documentos publicados, dichos documentos remitidos por las diferentes instituciones para su publicación, son transcritos fielmente a sus originales, los mismos que se encuentran archivados y son nuestro respaldo.