

1. INTRODUCCIÓN

El Servicio Nacional de Erradicación de Malaria (SNEM), se creó en el año de 1959, bajo convenio de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y UNICEF finalidad que pretendía el Gobierno del Ecuador, dando origen a esta Institución como una dependencia de la Dirección Provincial de Salud, llevando la ejecución de los programas de Dengue, Malaria, Chagas, Leishmaniasis, etc. y siendo dependiente del Ministerio de Salud Pública que presta sus servicios mediante aprobación presupuestaria, cronogramas de trabajo, proyectos de inversión aprobados por el Ministerio de Salud Pública, y el Ministerio de Economía y Finanzas.

Es en la ciudad de Babahoyo capital de la provincia de Los Ríos, que se fundó la Zona V SNEM Servicio Nacional de Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos “Dr. Juan Antonio Montalván Cornejo”, entidad que fue creada para cumplir con el objetivo principal institucional como es el control de la proliferación de larvas y mosquitos transmisores del dengue y paludismo y mantener constantemente la vigilancia de brotes, con la construcción del canal endémico epidemiológico, en una Zona de éxito.

Basándonos en la metodología impulsada por la OPS, que ha representado algo nuevo por tener un enfoque diferente a las campañas tradicionales de comunicación y educación comunitaria, al estar orientada a lograr un cambio conductual en una población blanco y en relación al principal criadero generador del vector del dengue, malaria y otras enfermedades vectoriales en la comunidad del SNEM Zona V.

Esto ocasiona respuestas positivas por parte de la población beneficiaria y personal institucional responsable de la ejecución de los programas de control vectorial entre las cuales tenemos malaria, dengue, chagas, leishmaniasis.

La presente investigación contiene componentes: Iniciando con el estudio de la problemática, formulación del problema y justificación del estudio.

Continuando con las Teorías Científicas que sustentan nuestra hipótesis de investigación, y que nos permite identificar y seleccionar contenidos científicos acordes al tema.

Una sección registra los Resultados Obtenidos de las Encuestas aplicadas a la población beneficiaria, y otra dirigida al personal que labora en el SNEM Zona V, que se representa mediante gráficos estadísticos y posterior análisis, verificado la hipótesis y posteriormente se emite conclusiones y recomendaciones.

La Propuesta de aplicación de resultados está compuesta por las alternativas de solución y el impacto que genera en la comunidad.

Finalmente encontraremos la Bibliografía General que forma parte de la investigación bibliográfica siendo esta impresa y digital, además los Anexos que soportan el trabajo.

2. TEMA

El Sistema de Gestión de Calidad del Servicio del SNEM Zona V y su influencia en la consecución de los Objetivos Institucionales.

3. MARCO CONTEXTUAL

Macro

Unos 3.300 millones de personas (la mitad de la población mundial) corren el riesgo de contraer la malaria, una enfermedad endémica en 106 países. Se calcula que en 2009 había 225 millones de casos y que unas 800.000 personas fallecieron por esta patología, la gran mayoría niños del África subsahariana y Asia.

En los últimos años se han conseguido progresos significativos gracias al aumento sistemático entre 2004 y 2009 de las inversiones internacionales para combatir la malaria. Cada vez son más los países que registran grandes descensos en los casos de malaria y fallecimientos relacionados: más de un 50% en 11 países africanos y en 32

países de otras regiones. Asimismo, crece el número de países que están en situación de plantearse como objetivo la eliminación de la malaria en sus territorios.

Estas importantes reducciones en la incidencia de la malaria se deben a la expansión espectacular del acceso a las intervenciones antipalúdicas en los últimos tres años.

Prevención de la malaria, desde 2008 se han distribuido en África subsahariana 289 millones de mosquiteros tratados con insecticida para proteger las zonas de descanso de los mosquitos portadores, a la vez que prácticamente se ha multiplicado por seis el número de personas protegidas mediante la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual. La cobertura media de estas medidas clave de prevención se sitúa actualmente en torno al 70% en los países más afectados por la malaria, lo que se acerca al acceso universal, definido como una cobertura del 80%.

El Fondo Mundial es el principal financiador internacional de estas actividades. En diciembre de 2010 los programas que reciben su ayuda habían distribuido un total acumulativo de 160 millones de mosquiteros tratados con insecticida (solo en 2010 se alcanzó la notable cifra de 59 millones) y habían facilitado la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual en viviendas 31 millones de veces.

Tratamiento de la malaria, la disponibilidad de los medicamentos antipalúdicos más eficaces (la terapia combinada con artemisinina o TCA) también ha mejorado exponencialmente. En todo el mundo, el número de tratamientos aumentó de solo 11 millones en 2005 a 158 millones en 2009.

Las inversiones del Fondo Mundial han desempeñado un papel crucial a la hora de introducir y ampliar la cobertura de la TCA en muchos países donde la resistencia a medicamentos más antiguos es alta. Además de financiar tratamiento para 170 millones de casos de malaria a finales de 2010, el Fondo Mundial está dirigiendo un mecanismo de financiamiento pionero para mejorar el acceso a la TCA haciéndola más asequible.

Si bien estos medicamentos, cuyos precios son elevados, se distribuyen de manera gratuita en los centros de salud pública, más del 60% de los pacientes de malaria del África subsahariana adquieren el tratamiento antipalúdico en el sector privado. Los primeros datos recogidos parecen indicar que el Mecanismo de Medicamentos Asequibles para la Malaria (AMFm) está funcionando.

Meso

En el Ecuador frecuentemente la memoria humana se torna frágil casi todos hemos olvidado que la malaria o paludismo constituyó siempre un grave daño para la salud. Íntimamente ligada a nuestra historia, desde el incario, la vida colonial e independiente, hasta la época contemporánea, esta enfermedad ha constituido una significativa interferencia en casi todas las etapas de nuestro proceso de desarrollo socio-económico.

Extendida la malaria a lo largo y ancho del país, con transmisión hasta los 1.800 metros de altura, se ha considerado área malárica, aproximadamente el 60% del territorio nacional donde vive el 62% de la población total.

La campaña organizada contra la malaria en el Ecuador reconoce cuatro etapas que, en orden cronológico, son las siguientes:

Primera Etapa antes de 1948: Actividades Generales de Lucha Antimalárica.

Segunda Etapa 1948-1956: Servicio Nacional Antimalárico (SNA).

Tercera Etapa 1957-1985: Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM).

Cuarta Etapa 1985-2000: Servicio Nacional de Control de la Malaria y otras Enfermedades Transmisibles por Vectores Artrópodos.

Es en la cuarta etapa que se crea el Programa de Control de la Malaria y otras Enfermedades Transmisibles por Vectores.

Por las razones expuestas se suscribió un Convenio entre la "Agencia Internacional Para El Desarrollo" (AID) (Organismo dependiente del Gobierno de los Estados Unidos de Norte América) y el Gobierno del Ecuador, mediante el cual se puso en marcha el

"Programa de Control de la Malaria y otras Enfermedades Transmisibles por Vectores Artrópodos" .

Donde el objetivo principal del Programa de Control es reducir la morbilidad y evitar la mortalidad malárica a niveles compatibles con el proceso de desarrollo socioeconómico del país, mediante la ejecución de medidas antivectoriales y antiparasitarias, con metas programáticas realistas que, desafortunadamente, en nuestro país, no lograron cumplirse dentro del plazo señalado de 5 años.

Micro

Es en la ciudad de Babahoyo capital de la provincia de Los Ríos que se fundó la Zona V SNEM actualmente denominada Servicio Nacional de Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos “Dr. Juan Antonio Montalván Cornejo”, entidad que fue creada para cumplir con el objetivo institucional como: El control de la proliferación de larvas y mosquitos transmisores del dengue y paludismo y mantener constantemente la vigilancia de brotes, con la construcción del canal endémico epidemiológico, en una Zona de éxito.

Durante el 2012, 6.849 personas han contraído dengue clásico y 118 dengue grave. En el mismo período de tiempo, el año pasado 1.907 ciudadanos habían sido picados por el mosquito *Aedes aegypti*, presentando los síntomas del dengue y 29 resultaron contagiados con dengue grave.

Los Ríos es la tercera provincia que registra 1.244 casos enfermedad que afecta más a los menores de edad, siendo el 55% de los enfermos entre 1 y 14 años donde el Ministerio de Salud recomienda a la comunidad dedicar diez minutos al día para limpiar la casa de criaderos y también no automedicarse, porque esto camuflaría los síntomas de la enfermedad, agravando el cuadro clínico del paciente.

La Zona V Los Ríos cuenta con una red de Laboratorios de Diagnóstico Microscópico para *Plasmodium* a nivel de las provincias de Los Ríos, y sub-trópicos de las provincias

de Bolívar y Cotopaxi, con un total de 22 Laboratorios totalmente establecidos en unidades de salud de las provincias y establecimientos del SNEM.

Por cada sector existe un revisor de control de calidad en Diagnóstico Microscópico de Plasmodium con sede del Laboratorio en la ciudad de Babahoyo, los sectores y Ubicaciones son:

Sector # 20 Babahoyo: adscrito a la Zona y ubicado en las calles Vargas Machuca y Clemente Baquerizo.

Campo de Acción Sectorial: Cantones Babahoyo, Montalvo, Pueblo Viejo, Urdaneta de la Provincia de Los Ríos, Cantones San Miguel, Caluma y Chillanes de la Provincia de Bolívar.

Sector # 18 Ventanas: Cantón Ventanas calles Velasco Ibarra y Malecón.

Campo de Acción Sectorial: Cantones Ventanas, Quinzaloma y cantón Las Naves y Echeandia de la Provincia de Bolívar, Parroquia Moraspungo, Cantón Pangua, Provincia de Bolívar.

Sector # 17 Quevedo: Cooperativa de Vivienda Nuevo Quevedo del cantón Quevedo provincia de Los Ríos.

Campo de Acción Sectorial: cantones Quevedo, Valencia, Mocache, Buena Fé de la Provincia de Los Ríos y el cantón La Mana de la Provincia de Bolívar.

Sector # 16 Vinces: Cantón Vinces calles de 10 de Agosto entre 24 de Mayo y Pedro Carbo.

Campo de Acción Sectorial: Cantones Baba, Vinces y Palenque.

Actividades en general de Control Vectorial.

Actividades que se ejecutan: fumigación con motomochilas, máquinas ULV y termonebulización, abatización y destrucción de criaderos, rociado residual, etc.

Programas que se ejecutan: Control del Vector de Chagas, Control de Leishmaniasis, Control de Aedes, Control de la Malaria.

4. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.-

La malaria en nuestro país es un serio problema de salud se ha vuelto una enfermedad endémica, y como tal depende de varios factores, entre ellos, los ambientales, la pobreza, y la falta de saneamiento. Ello, pese a que fue en nuestro país donde se curó al primer paciente portador del mal, un jesuita español que llegó con “fiebres” a Loja, entre 1630 y 1633. Él fue atendido por el herbolario Pedro Leiva, quien a la sazón curaba con polvos de la corteza de la quinina. Sin embargo, el Ecuador, en pleno 2012, continúa entre los cien países maláricos del mundo. Desde la perspectiva climática, el calentamiento terrestre la temperatura global sube unas décimas de grado, donde el mosquito causante de la enfermedad necesita más alimento y por consiguiente pica a más personas.

Donde se ve afectado los Objetivos institucionales del Servicio Nacional de Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos “Dr. Juan Antonio Montalván Cornejo” Zona V Los Ríos SNEM como El control de la proliferación de larvas y mosquitos transmisores del dengue y paludismo; y, mantener constantemente la vigilancia de brotes, con la construcción del canal endémico epidemiológico, en una Zona de éxito.

Según las observaciones realizadas previa a la investigación en el cantón Babahoyo sede de la Zona V Los Ríos donde se pudo detectar mayores casos de pacientes con enfermedades vectoriales existente año tras año durante la etapa invernal producido por diferentes factores tales como: “Servicios ofrecidos con baja calidad, Falta de gestión de calidad en la satisfacción a usuarios, parcial sentido de pertinencia por parte del personal del SNEM, escasa capacitación al personal administrativo-operativo y de campo, fumigación con DDT a viviendas, falta de programas locales de prevención e información a la comunidad sobre enfermedades transmitidas por vectores”.

Como consecuencia se producen el SNEM una serie de incumplimientos: “Objetivos institucionales parcialmente alcanzados, afecciones a la salud a largo plazo, limitación

en el desarrollo de sus funciones por parte del personal, preocupación en la comunidad ante la emergencia sanitaria, retrasos en las actividades en situaciones de emergencia, elevada tasa de morbilidad, incremento de focos de riesgo y desconocimiento de la ciudadanía de medidas de prevención en sus hogares”.

De continuar la problemática la institución como tal no logrará cumplir a cabalidad con sus objetivos como es la meta del Ministerio de Salud Pública mismo que busca el mejoramiento de los servicios de salud como autoridad sanitaria del sistema integral de salud.

En concordancia con la estrategia aprobada por la Organización Mundial de la Salud en 1993, será apropiado mantener las siguientes actividades básicas: “Obtener el diagnóstico temprano y el tratamiento inmediato de los pacientes palúdicos. Planificar y aplicar medidas preventivas selectivas, incluida la lucha antivectorial. Detectar y controlar oportunamente brotes epidémicos de paludismo. Fortalecer la capacidad local en lo referente a investigaciones básicas, los factores epidemiológicos de riesgo, ecológicos, sociales y económicos determinantes de esta enfermedad”, a través de un Programa de gestión local para la Promoción, la Prevención y el Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

5.1. Problema General

¿Cómo un sistema de gestión de calidad del servicio influye en la consecución de los Objetivos Institucionales del SNEM Zona V Los Ríos?

5.2. Sub-Problemas

- ¿Cuál es el manejo de la gestión de la calidad del servicio en función del nivel de satisfacción de los usuarios de la Zona V Los Ríos SNEM?

- ¿De qué manera se pueden mejorar los servicios del SNEM para la consecución de los objetivos institucionales?
- ¿Cuál es el resultado de gestionar la calidad de los servicios del SNEM Zona V Los Ríos?

6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Campo: Salud

Área: Administrativo-Operativo

Aspecto: Gestión de calidad del servicio y su influencia en la consecución de los Objetivos Institucionales.

Temporal: Año 2012

Espacial: Servicio Nacional de Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos.

Poblacional: Zona V Los Ríos.

7. JUSTIFICACIÓN

Justa y necesaria sería una comparación de la actualidad y la situación anterior de lo que es nuestra Zona, perteneciente a una de las instituciones públicas del Ministerio de Salud como ente rector en la ejecución de control vectorial.

Explicar que la tarea de fortalecimiento radica no solo de quienes están al frente de la institución, sino de un conglomerado en general es decir representantes, responsables y beneficiarios. En el Ecuador, la malaria no es registrada como una causa importante de mortalidad, pero se encuentra entre las primeras diez causas de morbilidad", según un informe de la Subsecretaría de Salud del Litoral. "Se ha documentado la existencia de casos subclínicos que podrían estar contribuyendo a la persistencia de la transmisión y bajo este parámetro las enfermedades de chagas y leishmaniasis que tienen bajos índices, caso que no ocurre con el dengue ya que está considerada como una enfermedad de alto riesgo y que en una mala aplicación de unos de los parámetros

exigidos podrían retomar índices epidemiológicos de gran seriedad que afectarían en aspectos de salud, económicos y laborales.

Dada estas circunstancias nace el hecho de que se presente un incremento en la morbilidad íntegro a la malaria, dengue, leishmaniasis, chagas, etc, lo que incentiva a la investigación de las posibles causas que predisponen a la población de la enfermedad y de esta manera implementar alternativas que contribuyan al tratamiento de la población afectada y su respectiva aceptación en los trabajos que se realiza.

Por otra parte el compromiso social que tiene el SNEM con la comunidad en preparar personal idóneo en el área de la salud, los cuales mediante la investigación y la formulación de ideas serán una herramienta básica que ayude a la disminución de las problemáticas que en su momento se presenten. Esto ampliará una serie de conocimientos sobre las dificultades ambientales, sociales y/o de salud que se padece en el sector público generando así un impacto positivo en el mejoramiento y desarrollo de las comunidades.

Cabe destacar que estos estudios están orientados y supervisados por el área de la salud y comunidad, que se establece como requisito institucional por su gran importancia en la formación profesional e interacción comunitaria. Sin embargo el principal propósito no está centrado en una buena valoración académica sino a la satisfacción obtenida por el cumplimiento de los objetivos en beneficio a la comunidad.

8. OBJETIVOS

8.1. Objetivo General

Determinar la importancia de un sistema de gestión de calidad del servicio a través de un modelo de Control Vectorial para la consecución de los objetivos institucionales del SNEM Zona V Los Ríos, Año 2012.

8.2. Objetivo Específico

- Diagnosticar el manejo de la gestión de calidad del servicio en función de satisfacción de los usuarios del SNEM Zona V Los Ríos.

- Diseñar un modelo de gestión de Calidad del servicio que permita la consecución de los objetivos institucionales.
- Evaluar el modelo de gestión de Calidad del servicio en función de la satisfacción al usuario.

9. MARCO TEÓRICO

9.1. Marco Conceptual

El paradigma de la nueva Gestión Pública

Como hemos señalado, desde hace ya dos décadas las administraciones públicas experimentan diferentes transformaciones a partir de los cambios que el Estado mismo ha sufrido como consecuencia de un conjunto de reformas que sin duda siguen en curso y que “han abierto un camino que hay que seguir explorando”. (Blanca Olias de Lima; 2001).

En el ámbito interno de los gobiernos este conjunto de transformaciones confluyen en lo que se ha dado en llamar como nueva gestión pública, concepto cuya aplicación implica asumir una serie de principios que definen una nueva forma de pensar la gestión gubernamental y la incorporación de nuevas pautas de desempeño institucional.

En efecto, en un análisis como este, lo primero que debemos plantear es que la nueva gestión pública representa un cambio trascendental de la perspectiva tradicional de la Administración Pública, a un sistema que pone énfasis en los resultados, que reclama mayor responsabilidad y flexibilidad institucional y que este cambio, no exento de controversias, obliga a asumir una posición en torno al futuro del sector público y al respecto no cabe duda que éste será inevitablemente gerencial; tanto en la teoría como en la práctica.

Hay que tener en cuenta que la difusión del paradigma gerencial significa incluso para diversos autores la superación del modelo burocrático weberiano, básicamente en razón

de los tres planos en que se han manifestado las transformaciones del Estado que hemos comentado:

- en un primer plano atendiendo al acercamiento entre las técnicas de gestión del sector privado y el sector público,
- en segundo término el cambio de un modelo legal funcional a un estilo de gestión que pone énfasis en los resultados y
- en tercer lugar a la mayor preocupación por la eficiencia, la calidad y la efectividad.

El paradigma de la Gestión de Calidad.

El conjunto de principios que integran el paradigma gerencial se combinan con los principios del paradigma de la gestión de calidad, para lo cual es necesario identificar también sus principales postulados y exponentes.

En efecto, respecto al tema de la calidad, hay que destacar que, aunque la conceptualización de los métodos y su tratamiento científico inició en Estados Unidos, fueron los Japoneses los primeros en adoptarla como instrumento de gestión en diversos productos y servicios, lo que le valió al Japón conquistar el liderazgo en importantes sectores durante la segunda mitad del siglo XX.

La nueva ola de conocimientos sobre la administración de la calidad fue descubierta como alarma estratégica que daría al Japón, la competitividad necesaria para conquistar los mercados mundiales. Es así como los especialistas en calidad aconsejaron orientar los esfuerzos de calidad hacia el desarrollo de la capacidad de los procesos para dar variedad a los productos ofrecidos, sin elevar los costos. Los japoneses prestaron especial atención a esta oportunidad e impulsaron las investigaciones de mercado a través de encuestas, entrevistas y pruebas con consumidores. La información obtenida les permitió “diferenciar sus productos”. De esta forma, los estudios de mercado y la investigación de la satisfacción del cliente pasaron a ser parte significativa de los programas de calidad y marcaron un cambio importante en el “*el enfoque al cliente*”.

Así se consolida el principio de la calidad como atributo relativo que un cliente le da a un producto ó servicio, con base en la capacidad de éste para satisfacer sus necesidades.

La importancia que adquiere este principio como elemento de gestión a partir de los años cincuenta, se debe al impulso de varios especialistas que presentarán diversas propuestas para consolidar la calidad como herramienta estratégica.

En suma, tanto el paradigma de la nueva gestión pública como el paradigma de la gestión de calidad parten de la preocupación por encontrar bases duraderas para fortalecer la competitividad y la eficiencia de las empresas e instituciones dentro de un nuevo contexto de competitividad, de consumo y de reconocimiento de la calidad como principio catalizador de la demanda, así como del reconocimiento social, y legitimidad gubernamental.

La Calidad en la Perspectiva Gubernamental

Reforma del Estado y Calidad

Un aspecto fundamental, que no debemos dejar de lado, es la visualización de la calidad desde la perspectiva del gobierno. La nueva gestión pública, como hemos visto, constituye el puente que facilita una relación poco estudiada, pues aunque la calidad no es un tema nuevo, ya que diferentes autores sugieren que se presenta como un importante desafío para el sector público desde principios de siglo en los Estados Unidos; recientemente ha cobrado relevancia al incorporarse al debate sobre las reformas de segunda generación que se introducen luego de los procesos de ajuste, apertura, desregulación y privatización que experimentan los países capitalistas a partir de los años ochenta.

Carlos Vilas en un análisis crítico del proceso vincula reforma del Estado y calidad sosteniendo que: “Después de un primer momento que puso énfasis en el tamaño del Estado, la agenda de la reforma se orientó hacia la cuestión de la calidad de la gestión estatal, la utopía del estado mínimo dio paso a la necesidad del Estado efectivo. Adquirió preeminencia, consecuentemente, la atención a la calidad de la gestión pública, al diseño y funcionamiento real de las instituciones gubernamentales y a la modernización de la dotación de recursos humanos, operativos, tecnológicos, organizacionales...” (Carlos M. Vilas; 2001)

La calidad adquiere de esta forma una dimensión diferente de las que tradicionalmente ha mostrado, revelándose como un activo político que va a impactar directamente en el fortalecimiento de la legitimidad Institucional “Reconociendo como real y legítimo el incremento de la exigencia de los consumidores finales locales ó internacionales en cuanto a bienes y servicios adecuados a sus expectativas, se impone analizar los aspectos que conforman la calidad y de qué manera es posible planificar hacia el futuro mecanismos útiles y realistas que permitan dar respuestas a este nuevo enteque en la interrelación cliente proveedor”(Guillermo A. Malvicino; 2001)

Calidad y Legitimidad.- En efecto, nuestra primera premisa es que los gobiernos y sus administraciones públicas empezaron por adaptar la filosofía de la calidad total a fin de cambiar la imagen de ineficiencia del sector público y también por fortalecer la legitimidad del Estado, misma que se habría erosionado en razón de la crisis fiscal que obligó a la reestructuración de los estados del bienestar.

En este orden de ideas lo que no debemos perder de vista es que los discursos sobremodernización, cambio y calidad, son discursos eminentemente políticos que encierran desde luego una concepción sobre el Estado y que tienen por objeto legitimar un estilo de gobierno y un modelo de gestión.

“Antes o después, cambios en las relaciones sociales de poder se traducen en nuevos diseños institucionales y en modificaciones en la gestión pública. Las capacidades de gestión estatal tienen como referencia y horizonte los objetivos de la acción política, y éstas siempre expresan, de alguna manera, los intereses, metas, aspiraciones, afinidades ó antagonismos del conjunto social y de la jerarquización recíproca de sus principales actores” (Carlos M.Vilas; 2001).

La calidad como valor de la nueva gestión pública.- En consecuencia y como segunda premisa, tal como se ha sostenido en diferentes medios, la calidad no puede incorporarse de la misma forma en que lo hace la administración privada.

Al respecto algunos autores han advertido que en este terreno la administración pública no puede limitarse a quedar atrapada en un proceso de imitación pues se trata de avanzar hacia una era de innovación.

Por tanto en un primer acercamiento a la gestión de calidad, se puede advertir que su incorporación a la gestión pública obliga a ubicar su verdadera dimensión y alcance, es decir, "se necesita reconocer aquellos valores propios del sector público tendentes a buscar la máxima calidad posible en el marco de la cultura administrativa y adaptarlos. Pero a la vez se trata de adoptar un concepto surgido del ámbito industrial y adaptarlo al ámbito de la prestación de servicios y a las peculiaridades de cada organización". (Manuel Villoria; 1996)

En suma, lo importante no es solamente hablar de calidad como una simple técnica de gestión importada del sector privado, sino adaptarla correctamente a partir de los factores administrativos y sociopolíticos que circundan la gestión pública y darles su dimensión justa para hacer de ésta una estrategia efectiva que responda a las expectativas de reforma de las administraciones públicas.

La incorporación de la calidad en los servicios públicos representa una de las etapas de consolidación de la nueva gestión pública en la perspectiva gubernamental, por ello este proceso pasa antes por una serie de reformas de carácter macro que permiten concentrar el esfuerzo en la atención de demandas y asuntos públicos que incidirán en el fortalecimiento de la legitimidad de lo público. Sin ese paso previo la calidad se diluye y no trasciende los esfuerzos institucionales aislados.

La calidad y la percepción ciudadana.- En este sentido, retomando la tercera premisa de este apartado, la calidad adquiere su dimensión social, al tratarse fundamentalmente de un proceso de persuasión. Aquí es necesario asumir, como veremos más adelante, que el reto de la calidad es también recuperar la credibilidad y la confianza de los ciudadanos en los diversos servicios que ofertan las administraciones públicas. Por tanto sin una percepción social de que hay mejores servicios, la calidad no sirve a los gobiernos. Diríamos que sin credibilidad no hay calidad.

El debate Ciudadanos, Usuarios, Clientes, Contribuyentes o Beneficiarios.

Origen de la controversia.- Un aspecto controversial es el que refiere al usuario, al que se pretende dar un tratamiento de cliente y lo cual ha provocado un debate que exige en principio aceptar que el tema de la calidad conduce una nueva relación entre el aparato de la administración pública y los ciudadanos.

Esta nueva relación con el ciudadano supone una serie de posibilidades de formación para que el ciudadano asuma un nuevo rol de cliente-contribuyente capaz de decidir racionalmente en términos de la calidad de tal o cual servicio; el ciudadano se convierte así en vigilante de la gestión pública acompañado por nuevas figuras de la sociedad para institucionalizar la participación a través de consejos de usuarios, observatorios, comités, etc.

No obstante, “La integración del ciudadano-cliente no debe limitarse al simple correlato del consumidor que opera en cualquier mercado genérico. Existen otras instancias que en consonancia con las distintas vertientes de relación del ciudadano con el estado, hace que esta relación sea mucho más compleja y generadora de compromisos recíprocos más ricos y determinantes” (Malvicino, Guillermo; 2001).

El rol del ciudadano-cliente. - Para abonar el debate que hemos planteado, la perspectiva del ciudadano-cliente supone que este actuaría persiguiendo la búsqueda de los intereses propios, alejado de posiciones que lo relacionen con el interés general, alejado de valores que le permitan desarrollar sentimiento de pertenencia y de participación de la cosa pública que se desplaza a la mera vinculación en el consumo.

De tal forma, la estructura de derechos sobre la cual se basa la prestación de servicios públicos queda de lado abriéndose paso el interés y la satisfacción individual. Es esta precisamente la principal problemática del enfoque del cliente y de ahí la necesidad de seguir discutiendo el punto.

En esta perspectiva coincidimos con el enfoque de algunos académicos españoles que advierten: “Si no se produjera una adecuada adaptación del concepto al marco de lo público, nos encontraríamos con el reforzamiento de una peligrosa tendencia para el conjunto del sistema democrático. Esta tendencia es la de la destrucción del ciudadano como depositario del deber y el derecho a la participación en las decisiones esenciales de la sociedad en que vive, y su sustitución por un cliente o consumidor de servicios generados por el Estado”.(Manuel Villoria; 1996)

Calidad, Transparencia y Rediseño Institucional

Retos y oportunidades de la calidad.- Aún cuando suele privilegiarse el enfoque de la calidad, orientado a las cuestiones de eficiencia y optimización de recursos, es necesario considerar que con base al el análisis de otras experiencias, la calidad ofrece otras alternativas para promover la transparencia, la mejora continua y el rediseño de las instituciones del sector público.

En efecto, el reto de la calidad implica diferentes transformaciones que contribuyan a abatir al ciudadano. Como señala Villoria: “Buscar calidad en la administración pública, es pues, contribuir a la legitimidad de lo público, contribuir a reforzar y estrechar la relación entre la administración y el ciudadano”.

Esta perspectiva se construye teniendo en cuenta que, dentro de la administración pública la incorporación de la calidad obedece a diferentes presiones: presiones derivadas de las limitaciones presupuestales, que la obligan a hacer más con menos; una sociedad y públicos más demandantes; la necesidad de mejorar el rendimiento económico del sector público; fortalecer la legitimidad y transparencia de las acciones del gobierno por medio de la especificación de los derechos del ciudadano en relación a los servicios y la igualdad de acceso; nuevas tecnologías y tendencias del sector privado transferibles a la gestión pública.

Calidad y Rendimiento Institucional.- Es importante no perder de vista esta triple dimensión de la calidad en la administración pública por que su aplicación conduce a procesos de modernización de las instituciones en una perspectiva más amplia.

De acuerdo con Shand y Amberg: “Las iniciativas de calidad en el servicio son con gruentescon una orientación hacia el rendimiento que está siendo proseguida en las reformas del sector público en muchos países. Las iniciativas de calidad en el servicio constituyen un marco útil dentro del cual se pueden montar reformas más exitosas”.

Tal como hemos visto no hay en términos de calidad un solo modelo, el análisis de las diversas experiencias internacionales nos muestra que son diversos los factores que intervienen en las administraciones públicas. No obstante lo importante es que muchos países se han incorporado a la ruta de la calidad y en no pocos casos ello ha obligado a introducir innovaciones que han terminado por institucionalizarse a través de estrategias bien adaptadas.

Implantación y Certificación de Sistemas de Calidad

Calidad, confianza y reconocimiento social.- Los cambios que vive el país requieren de instituciones públicas cuyo servicio esté marcado por el signo de la calidad, lo que implica servicios en donde la eficiencia y la eficacia se combinen con una serie de cambios, tanto en la estructura de las instituciones como en su relación con los ciudadanos.

La certificación de los servicios públicos garantiza que el proceso de calidad se vigile en forma permanente, lo que genera entre la gente confianza y reconocimiento a sus instituciones. Por tanto definir una estrategia que permita promover la calidad en diferentes ámbitos de la administración pública nos ayudará a impulsarla de manera global y terminar con los ejercicios aislados.

Los estudios sostienen que "En algunos países se está llevando a cabo una labor considerable en dependencias aisladas a falta de alguna iniciativa que englobe a todo el gobierno...En un buen número de ellos en donde ha habido una actividad considerable en el sentido de agrupar las mismas en una iniciativa promovida y coordinada centralmente, lo cual se contempla como un factor de expansión y refuerzo de su impacto". (David ShandyMortenArnberg; 1993)

Es así como el proceso de implementación de la calidad del servicio puede cumplirse cabalmente, teniendo en cuenta que “La ventaja de una certificación es que un tercero externo y neutral fija requerimientos (demandas) impuestos a los sistemas de manejo de la calidad de las organizaciones y supervisa el cumplimiento con dichos requerimientos, dando pues credibilidad al sistema. Dicha acreditación es frecuentemente usada en la comercialización de un servicio” (Shand y Amberg; 1994).

Paulatinamente, la certificación se coloca como un elemento distintivo y marco de referencia para los ciudadanos, incluso en la prestación de los servicios públicos. Destaca el papel del sector salud, donde la certificación de los hospitales públicos sirve como factor de recuperación de la confianza de los usuarios en el sistema nacional de salud, especialmente en aquellas instituciones cuya eficiencia se había puesto en entredicho durante varios años.

Los Principios Básicos de la Gestión de la Calidad Total

La Gestión Total de la Calidad (cuya sigla en inglés es TQC), se desarrolló en el Japón a partir de 1954 durante la ocupación aliada, debido a la contribución de dos especialistas americanos, Deming y Juran, que realizaron en aquel país una hazaña imposible en los EEUU: combinar dos escuelas gerenciales opuestas. Por un lado la técnica, que nace con Taylor por vuelta de 1900 y por otro, la humana, desarrollada a partir de 1930, cuyos principales exponentes fueron McGregor, Herzberg y Maslow.

La integración de esas dos escuelas en el Japón, llevó a este país a un enorme suceso en la década del 70, oportunidad en la cual casi quebró la industria automotriz americana, con autos más baratos y con menor gasto en combustibles, siendo que el momento fue coincidente con la primera crisis del petróleo.

Esta metodología tiene algunos conceptos básicos, de los cuales sólo vamos a comentarlos siguientes:

- **Satisfacción del cliente o usuario.** Es necesario no sólo atenderlos bien y sí conocer sus necesidades y anticiparse a ellas. Estos clientes, en el caso de la Administración Pública son los ciudadanos en general (niños, adolescentes,

jóvenes, adultos, ancianos), que exigen calidad en los servicios prestados, buena atención y seguridad.

- **Mejora continua.** Se trata del corazón de la Gestión de la Calidad Total, pues lo que es bueno hoy podrá no serlo mañana, porque las demandas y las expectativas de la sociedad son cada vez mayores. El instrumento técnico básico para este propósito es el llamado Ciclo PDCA, cuya estructura fundamental es :

- a) Definición de metas;
- b) Establecimiento de los medios para alcanzar esas metas;
- c) Capacitación de los dirigentes y funcionarios en esos medios;
- d) Ejecución de los respectivos procesos;
- e) Evaluación de los procesos;
- f) Aplicación de acciones correctivas, si fuese necesario.

El Ciclo PDCA será comentado más detalladamente en el ítem IV.

* Concepto de rompimiento. El implica en un cambio en la forma de pensar, sentir y actuar, involucrando todos los integrantes de la organización, desde el dirigente principal hasta el funcionario más modesto.

En particular la figura del Principal de la organización asume dimensiones decisivas, pues es él, de forma intransferible, quien tiene en sus manos el detonador del suceso o el fracaso de la respectiva implantación.

En efecto, la Gestión de Calidad es un Programa de aquel, por lo tanto él debe comandar la ruptura con el modo de pensar, sentir y actuar antiguo dentro de aquella, a través de la asunción de su compromiso personal con la implantación efectiva del mencionado Programa, transformándolo así en un dinámico generador de cambios, y por lo tanto de rompimiento con la forma anterior de conducir las cosas.

El resultado es la creación de una nueva cultura en la organización: la Cultura de la Calidad.

- **Las dimensiones de la Calidad**

Se reconoce que la Gestión de la Calidad Total implica cinco dimensiones. Para ejemplificarlas presentaremos un ejemplo en el área de la Salud.:

1) Calidad intrínseca. Se refiere a las características del producto o servicio; de ahí el nombre de intrínsecas, capaces de dar satisfacción a los usuarios. Por ejemplo: disponibilidad de lechos por habitante; demora en entrega interna de medicamentos; proporción de cirugías exitosas, etc.

2) Costo. Se refiere al costo del servicio, que debe tener la menor relación posible de costo/beneficio. Eso incluye, por ejemplo costo del suministro de los recursos básicos (agua, luz, teléfono, limpieza, etc.), costo de materiales; costo de servicios etc. (*).

3) Atención. El usuario debe recibir el producto o servicio en el plazo cierto, en el local cierto, en la cantidad cierta y de la manera cierta. Ejemplos de fallas son: demora en atención médica; demora en la marcación de consultas y cirugías; atención superficial, etc.

4) Motivación o disposición de los funcionarios. Manifestación de la voluntad con la cual los profesionales de la salud y los funcionarios ejecutan sus tareas y atienden a los usuarios. Una de las formas de evaluarla es a través del ausentismo.

5) Seguridad. Se refiere a que el producto o servicio no amenace la salud física o mental del usuario. Un ejemplo podría ser la tasa de infección hospitalaria.

6) La Responsabilidad Social, que puede ser evaluada a través de diversos indicadores, tales como: auto reglamentación de conducta, relaciones transparentes con la sociedad, respeto a los funcionarios, gerenciamiento de los impactos ambientales causados por la organización, prácticas anticorrupción, etc.

- Crecimiento del ser humano en la organización. Este concepto es la llave para que la Gestión de la Calidad sea bien sucedida. La teoría – y la práctica – lo demuestran claramente. Sin embargo ha sido poco aplicada. Este crecimiento implica estimular constantemente la participación de los funcionarios, motivándolos y valorizándolos. Si esto no es hecho con convicción y honestidad, la Gestión de la Calidad Total se volverá inoperante, como ya ha ocurrido en muchos casos.

Instrumentación Básica de la Gestión de la Calidad Total

El Ciclo PDCA es la médula de la instrumentación básica de la Gestión de la Calidad Total, pero vale la pena insistir en que su extraordinaria potencialidad técnica solo podrá

ser bien aprovechada si hay adecuada motivación, participación y valorización de los técnicos y funcionarios. El Ciclo PDCA está integrado por cuatro pasos. Aquí también será ejemplificado con el área de la Salud:

1) P (“Plan”). Planeamiento, que involucra dos fases;

a) Establecimiento de metas, por ejemplo: obtener la cobertura plena de salud para 75% de la población en tres años; aumentar en 10% el número de lechos disponibles en los hospitales públicos en dos años; reducir desperdicios en 25% en un año, etc.).

b) Establecimiento de los medios (procedimientos de trabajo), para que las metas puedan ser alcanzadas. La elaboración de estos medios es una excelente oportunidad para la participación efectiva de técnicos y funcionarios.

2) D (“Do”). Ejecutar

En esta fase el trabajo es ejecutado; con todo, antes de hacerlo será necesario capacitar a los profesionales y los funcionarios de la salud, en el respectivo procedimiento de trabajo.

3) C (“Check”). Chequear o Evaluar.

En este momento, el servicio fue completado, pero ahora será necesario evaluar si las metas establecidas fueron atendidas o no, para lo cual deben ser usados gráficos de control, siendo este el paso más sofisticado del Ciclo PDCA. Supongamos que la meta es aumentar anualmente en 10% el número de lechos disponibles en los hospitales públicos.

Dos posibilidades podrán ocurrir:

a) El aumento fue del 12 %. Por lo tanto, el resultado fue plenamente satisfactorio y se deberá continuar trabajando normalmente, “rodando el PDCA” hasta el momento en que se desee implantar una Mejoría, por ejemplo llevando el aumento a 15%. En este caso, ese valor representará la nueva meta y será necesario “rodar el PDCA” nuevamente, pero ahora con alguna modificación en los medios (procedimientos de trabajo), capaces de mejorar realmente el resultado anterior.

b) El aumento fue de sólo 5 %. En este caso, la meta no fue alcanzada. Por lo tanto, estamos con problemas. Se precisa, entonces, una acción correctiva.

4) A (“Action”) – Acción correctiva.

Esta acción correctiva deberá estar centrada en la identificación de la/s causa/fundamental/es y no apenas atacar los síntomas y procurar culpados. Para esta misión se dispone de instrumentos poderosos, como las siete herramientas de la Calidad y el Método de Análisis y Solución de Problemas (MASP)

El uso eficiente de estos recursos, aplicando rigurosamente los procedimientos correspondientes, permitirá obtener resultados cada vez mejores, alcanzándose las metas establecidas, o por lo menos, acercándose cada vez más a ellas.

Se trata de una metodología relativamente simple, pero que – si bien aplicada gerencialmente y con funcionarios motivados – será extraordinariamente efectiva.

La Calidad y la Administración Pública Ecuatoriana

Principales influencias.- En nuestro país se han impulsado esfuerzos importantes para incorporar la calidad en la gestión pública, tanto a partir de documentos normativos, como desde diferentes instancias del Gobierno Central.

Antecedentes.- La filosofía de la calidad da sus primeros pasos dentro del Sector Público a partir del proceso de Reforma Democrática del Estado a través de los procesos de Rediseño Institucional y mecanismos como la desconcentración y descentralización de la Función Ejecutiva tiene por objetivo acercar los servicios públicos a los ciudadanos a nivel local; este trabajo implica un fortalecimiento de las capacidades institucionales de los Ministerios Sectoriales y sus entidades desconcentradas en las siete regiones de planificación, garantizando una mejor calidad de los servicios públicos que las entidades prestan, como es el caso del Ministerio de Salud Pública, además permite la identificación de competencias concurrentes y complementarias de los diferentes sectores que apoyan el desarrollo a nivel territorial.

El Ministerio de Salud Pública, a través de la Subsecretaría de Planificación y Políticas Públicas ha generado una serie de propuestas orientadas a apoyar el proceso de transformación del Sector Salud en el marco de los cambios que estructurales del Estado que se han acordado previamente.

Los objetivos primordiales de la transformación en el sector salud son:

- El incremento de los niveles de eficiencia, agilidad y articulación de las entidades del sector salud;
- El acercamiento y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en el territorio a través de un serio proceso de desconcentración;
- La articulación en red con el sistema público, mixto y privado de salud y
- La recuperación del Ministerio de Salud como autoridad sanitaria de todo el sistema de salud.

En el contexto de las transformaciones políticas que vive el país, el tema llama la atención desde que escuchamos a varios miembros del equipo del actual gobierno, referirse a la necesidad de introducir la filosofía de la calidad en las instancias del poder público, tanto a nivel central, regional y local.

Modelo de Gestión del Ministerio de Salud Pública.- El modelo de gestión es la forma como se organiza el Ministerio para poder cumplir con su misión y visión. La gestión desconcentrada es un principio que debe ser asumido por el Ministerio de Salud en el nuevo marco de Reforma del Estado, para ello, su modelo tiene niveles de gestión diferenciados y con altos mecanismos de coordinación. En el nuevo modelo de gestión se debe evitar la duplicación, descoordinación y superposición de funciones y competencias características del modelo anterior.

El modelo de gestión del Ministerio de Salud, se encuentra insertado dentro de la denominada tipología 2 alta desconcentración baja descentralización, que se caracteriza por que la rectoría, planificación, regulación y control se ejercen desde el nivel central; la planificación regional, coordinación y gestión desde el nivel intermedio o regional; y una fuerte coordinación y gestión desde el nivel local.

El modelo de gestión que se propone para el MSP ofrece una solución estructural a la problemática del centralismo administrativo que evidenciaba poca posibilidad de participación en la toma de decisiones a nivel local para poder responder a las necesidades o especificidades del entorno territorial.

Uno de los retos de la nueva estructura orgánica es de proponer un modelo organizacional que permite separar más claramente las funciones del ministerio entre: (i) aquellas que se tienen que ejecutar como rector de la salud desde su rol de autoridad sanitaria o de conductor de la red pública, y (ii) aquellas que se tienen que ejecutar como proveedor de servicios de atención a las personas.

La desconcentración propuesta permite una adecuada separación de funciones entre el nivel central, responsable de la política institucional y del ejercicio de la facultad de rectoría, y el nivel local, dejando un amplio margen de maniobra a los niveles desconcentrados en lo relacionado a acciones concretas a nivel del territorio a su cargo, permitiendo un manejo más ágil y eficiente de los recursos, mejoras en la gestión administrativa, productividad y prestación de servicios.

También se insistió fuertemente en el nuevo modelo, en retos gerenciales tales como el manejo eficiente de los recursos, la medición del desempeño y rendición de cuentas a todo nivel, así como la toma de decisión basada en datos igualmente a todo nivel, retos para los cuales se vio la necesidad de fortalecer y reorientar los sistemas de información (incluido el sistema de información sanitaria) la gestión intra –institucional y el control de la gestión.

Con estos antecedentes, se creó nuevas entidades funcionales en la propuesta de estructura organizacional, tanto en soporte al ejercicio del rol de autoridad sanitaria (instancias como la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud o la Subsecretaría de Gobernanza de la Salud); así como unidades creadas como soporte a los procesos gerenciales y de desarrollo organizacional del Ministerio tales como: una entidad de Desarrollo Institucional y Territorialización, entidades ad hoc de apoyo a procesos específicos (compra de medicamentos o gestión de infraestructura, equipamiento, mantenimiento), y la unidad de Control de Gestión.

Debido a la alta complejidad del Sector Salud, y a la diversidad de roles ejercidos por el Ministerio, desde un inicio el equipo ha expresado que no sería factible ni tampoco recomendable enmarcarse totalmente dentro de los lineamientos del decreto 195.

Como antecedente vale señalar que ni el Ministerio de Educación, que tiene un funcionamiento todavía menos complejo que el nuestro, ha podido enmarcarse totalmente en los lineamientos del mencionado decreto, por las mismas razones que nosotros. No obstante, salvo por (i) la coordinación general de desarrollo estratégico, (ii) la dirección de relaciones internacionales (ubicada en dependencia directa del despacho ministerial por la importancia de los asuntos de salud global), (iii) la entidad de desarrollo institucional y territorialización, por lo demás estamos completamente alineados a dicho decreto.

El modelo de gestión para el Ministerio se lo establece de la siguiente manera:

- ❖ En el nivel central se ejerce la Rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud, formulando política pública de salud, regulación, planificación y control. El Nivel Nacional es la autoridad sanitaria, ejerce liderazgo sobre la red pública y mantiene la visión y conducción estratégica de la gestión de los servicios que se brindan de forma individual o colectiva.
- ❖ En el nivel regional se implementa la política pública y se articula con la agenda de desarrollo regional. Generando una fuerte coordinación dentro del sistema y sus actores en especial de la red de servicios de salud, programas y proyectos con entidades intra y extra sectoriales.
- ❖ El nivel de distrito plus no corresponde a un nivel territorial distinto sino a una tipificación de los distritos en función de características adquiridas en base a la disponibilidad de recursos de mayor nivel. En este sentido, los distritos plus no serán adicionales, sino que están identificados dentro de los distritos previstos; aquellos correspondiente a las antiguas cabeceras provinciales, podrán ser distritos plus.
- ❖ Los distritos plus tienen las mismas competencias que los distritos regulares salvo en lo que corresponde a equipamiento e instalaciones como por ejemplo estructura hospitalaria de nivel provincial, que les daría un plus en cuanto a las competencias que tienen que asumir. De la misma manera, dado que las entidades adscritas al ministerio se desconcentran solo hasta el nivel de las antiguas provincias, los

distritos plus gozaran de instalaciones de laboratorios y de la presencia de una oficina de la agencia de control. Estas atribuciones se sumaran a las atribuciones de un distrito “regular”.

- ❖ La figura de distritos plus también nos permitirá agilizar los procesos de reforma en el sentido que de manera inmediata, las actuales Direcciones Provinciales podrían pasar a constituir distritos plus, lo que correspondería a un funcionamiento transitorio mientras que se están haciendo los trámites legales necesarios para quitar el nivel provincial.
- ❖ El Nivel distrital del nivel desconcentrado provee los servicios y articula con el plan de desarrollo local. Este es el nivel directo de prestación de servicios a los ciudadanos y ciudadanas. Distrito Administrativo es el órgano técnico administrativo desconcentrado que coincide con el área geográfica del cantón o unión de cantones y articula las políticas de desarrollo del territorio en función de cinco objetivos básicos.
- ❖ Para el nivel de Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD), se observa estrictamente lo que la Constitución de la República señala, en su artículo 264 Apoyar la ejecución de programas de promoción y prevención de la salud; planificar, construir y mantener la infraestructura física y los equipamientos de salud de acuerdo con la ley; y, aplicar la política, normas y estándares de vigilancia y control, en los ámbitos definidos por la Autoridad Sanitaria.

Además como uno de los ejes transversales al modelo se plantea contar con mecanismos permanentes de participación ciudadana en la planificación, seguimiento, evaluación y gestión de los servicios públicos de salud, tanto para el nivel nacional, regional y local.

Productos y Servicios por Niveles de Gestión

Uno de los elementos fundamentales del modelo de gestión es la definición de los productos y servicios que se ofrecen por nivel de gestión. Los productos y servicios son los resultados tangibles que se alcanzan a través de procesos de corto, mediano o largo plazo. El nuevo modelo de gestión busca evitar la duplicación de productos y servicios

en los niveles de gestión y genera mecanismos para de alta coordinación para la complementariedad de unos con otros.

Cuadro 1. Productos y servicios por niveles de Gestión

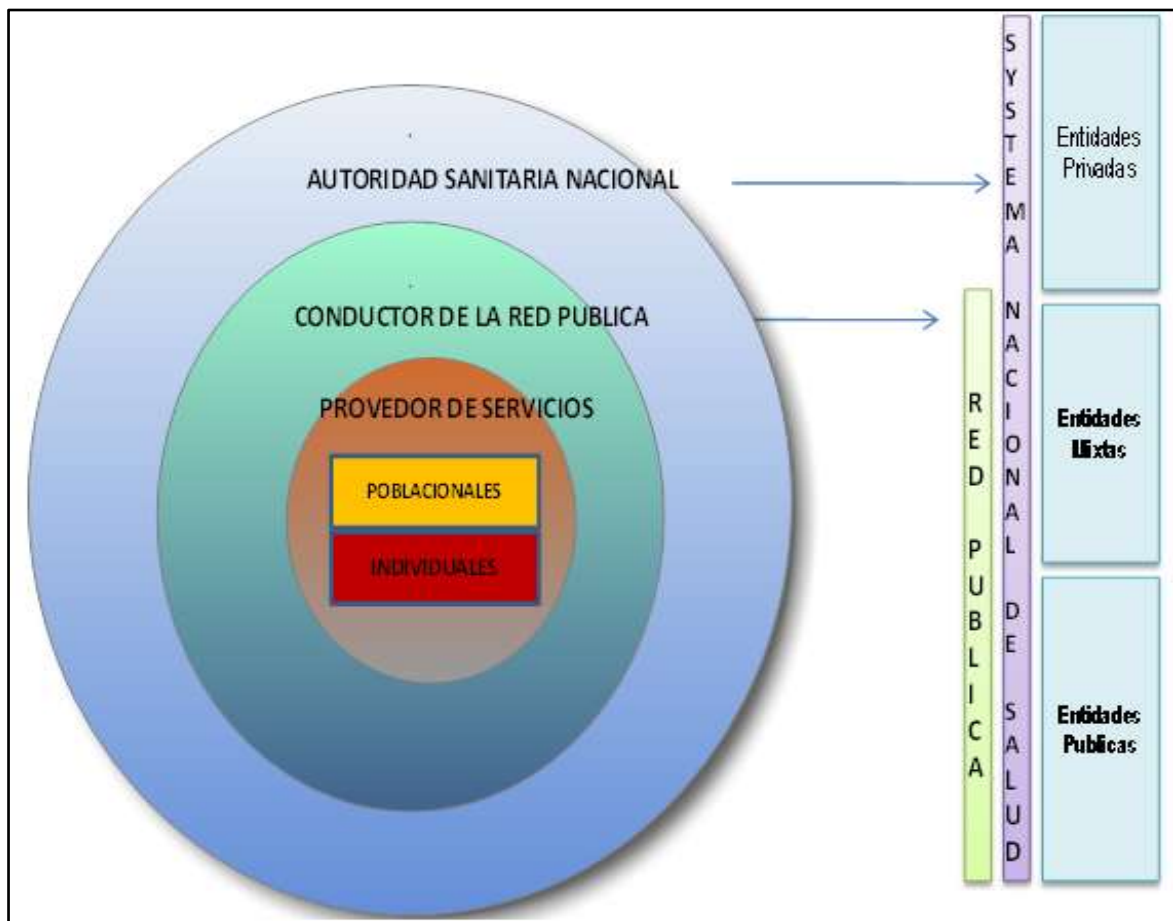
Niveles de Gestión	Facultades	Productos y Servicios
Nacional	Planificación, rectoría, regulación, control y coordinación	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas públicas nacionales del sector. • Estrategias nacionales • Planes nacionales • Modelo de atención integral. • Red pública y complementaria • Lineamientos programáticos • Normas y estándares • Sistema de vigilancia sanitaria. • Sistema Nacional de compras • Sistema de información sanitaria y de gestión • Agenda Nacional de Investigación
Regional	Coordinación, planificación, control y gestión	<ul style="list-style-type: none"> • Subsistemas de monitoreo y evaluación de la calidad de la atención. • Certificaciones para funcionamiento y comercialización de servicios y productos • Control del cumplimiento de normas y estándares • Sistema de Información regional • Modelo de sistema de redes zonales • Campañas zonales de educación en salud
Distrital	Planificación, gestión, coordinación y control	<ul style="list-style-type: none"> • Planes distritales. • Red de salud funcionando articuladamente • Campañas de educación en salud y promoción de estilos de vida saludables • Provisión de servicios de atención individual. • Provisión de servicios de salud colectivo • Sistema de Participación Ciudadana: • Reportes de Información distrital(Sanciones)

Fuente: Ministerio de Salud Pública MSP

Estrategias para implementar el nuevo modelo de gestión

- Estrategia N. 1: Fortalecer la Rectoría de la Autoridad Sanitaria mediante la formulación y aplicación de políticas, normas, procesos y procedimientos; el fortalecimiento institucional a través de la Subsecretaría de Gobernanza, la Coordinación General de Desarrollo Estratégico, la coordinación interinstitucional pública y privada, la gestión desconcentrada y descentralizada, entre otras. El rol de autoridad sanitaria se logra cuando el Ministerio ejerza rectoría y niveles de control sobre el conjunto del sistema nacional de salud: entidades públicas, entidades mixtas y entidades privadas.

Figura 1. Rectoría de la Autoridad Sanitaria

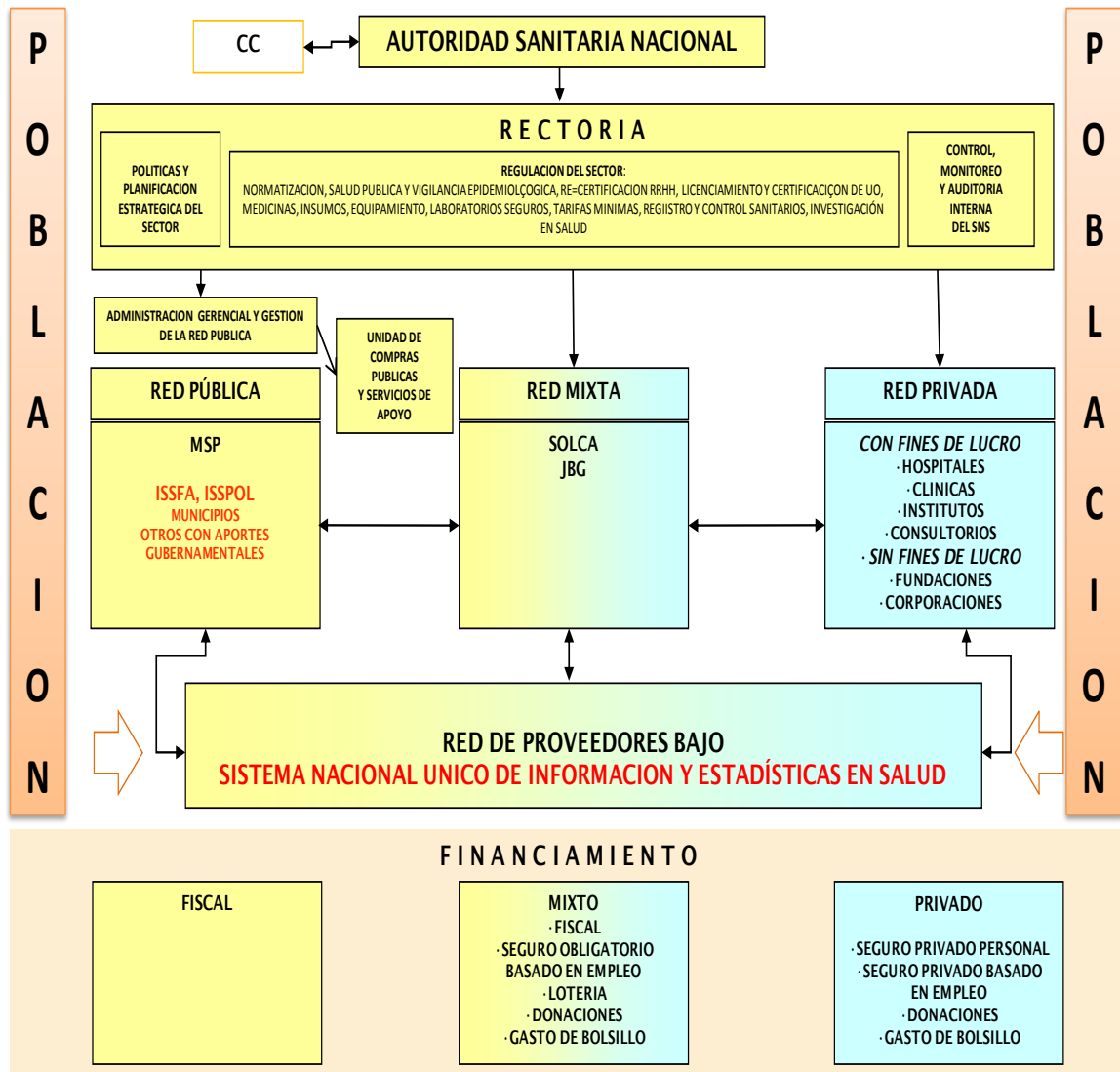


Fuente: MSP

- Estrategia N. 2 Articular el Sistema Nacional de Salud: lo que implica el ejercicio de la facultad de rectoría sobre la red pública, la red mixta y la red privada y generar un sistema único de información y estadísticas en salud. También es necesaria una

articulación que permita una racionalización y redistribución correcta de los recursos para el financiamiento fiscal, mixto y privado.

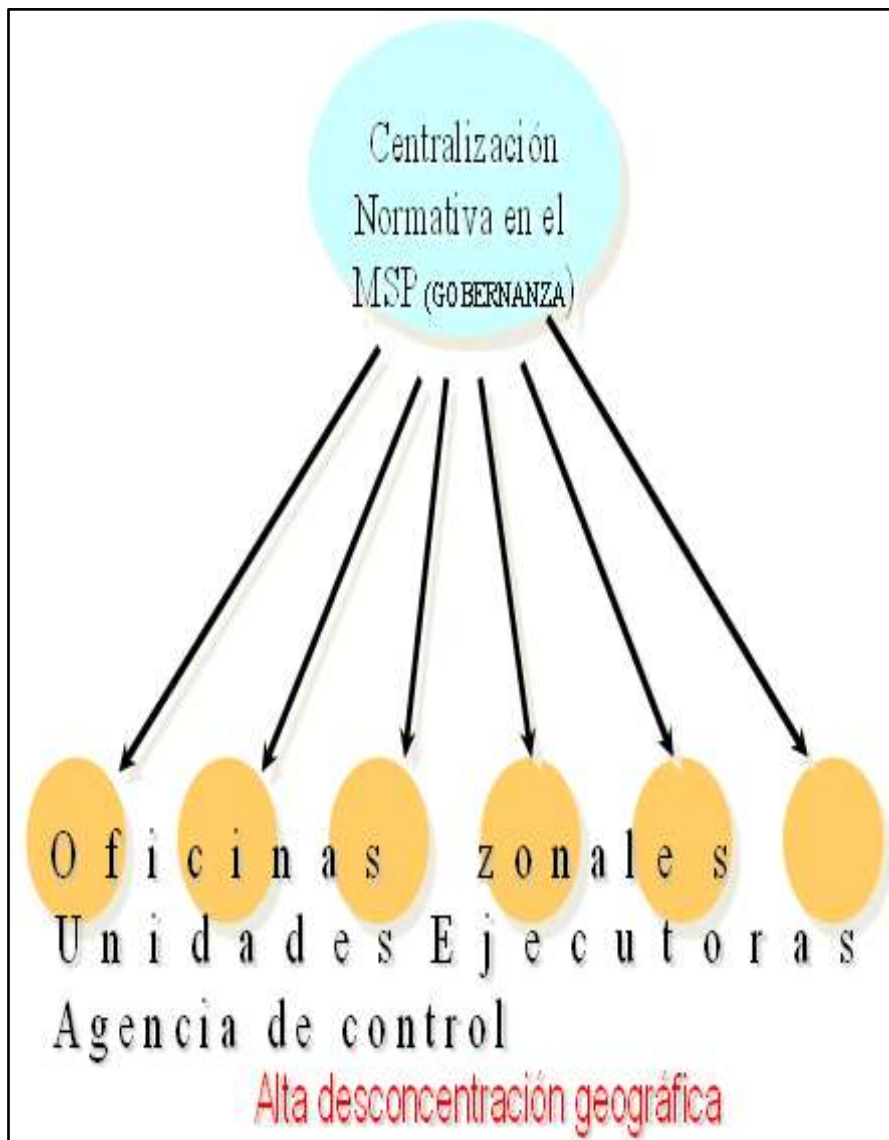
Figura 2. Sistema Nacional de Salud



Fuente: MSP

- Estrategia N. 3 Generar normativas, estándares, procedimientos y criterios de verificación difundidos a escala nacional. El desarrollo de mecanismos y normativas que permitan ejercer una alta coordinación con la red mixta y privada de atención y salud.

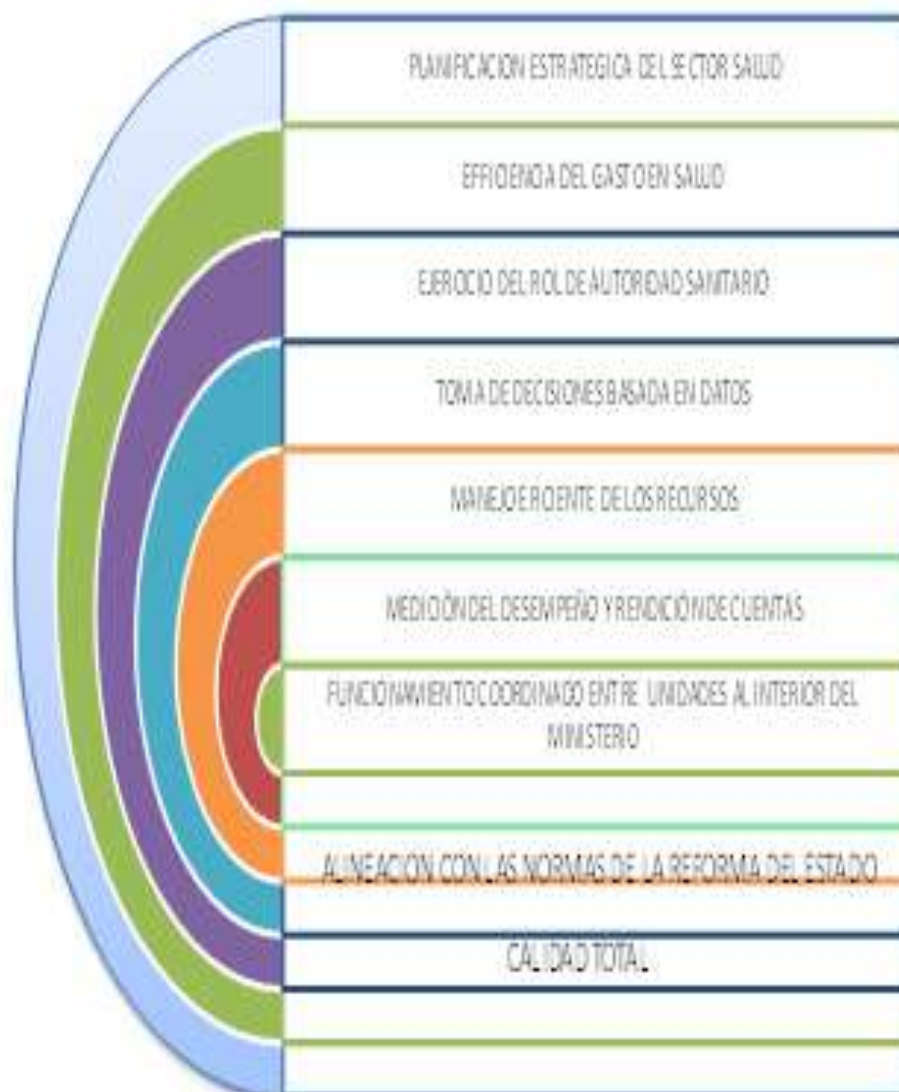
Figura 3. Normativa del MSP



Fuente: MSP

- Estrategia N. 4 Promover un cambio estructural en el funcionamiento del MSP que permita asegurar servicios universales y de calidad. Dicho cambio estructural deberá tener como ejes la eficiencia en la calidad del gasto, la recuperación de la visión estratégica del Ministerio, la generación de mecanismos de toma de decisión basados en sistemas de información oportunos, la constante medición del desempeño y rendición de cuentas y el financiamiento coordinado entre unidades del ministerio.

Figura 4. Retos gerenciales para alcanzar a través de la nueva estructura



Fuente: MSP

Otras estrategias importantes son:

- Operativizar el traspaso técnico y administrativo progresivo de todas las actividades operativas del nivel central hacia niveles locales y todos los cambios institucionales necesarios.
- Fortalecer la Red Pública de Servicios de Salud en función del Modelo de Atención, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, con base en la atención primaria, familiar, comunitaria e intercultural.

- Formación multidisciplinaria del personal de Salud, en función de las necesidades de la población.
- Redistribuir al personal de salud, según necesidades y ubicación geográfica; diseñando e implementando un sistema de incentivos, promoviendo la equidad, la evaluación del desempeño y el cumplimiento de metas programáticas.
- Articulación del Modelo de Gestión con el Modelo de Atención
- Separación de funciones y roles : Separar claramente las funciones vinculadas al ejercicio de la rectoría como autoridad sanitaria, de aquellas de gestión intra-institucional , y aquellas de provisión de servicios de atención individual o de salud pública
- Agrupar atribuciones adecuadamente y asegurar mecanismos de relacionamiento lineales y funcionales para fortalecer la calidad y eficiencia de los servicios.
- Reforzar el control de gestión, sistemas de monitoreo y evaluación, la parte gerencial y de provisión de datos

Sistema Nacional de Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos.

El Servicio Nacional de Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos “Dr. Juan Antonio Montalván Cornejo” entidad regida por el MSP que presta sus servicios de salud (antes Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria SNEM) mediante aprobación presupuestaria a partir del 1 de enero de 1973 en la ciudad de Babahoyo capital de la Provincia de los Ríos, tiene como deber cumplir con el Tercer Objetivo del Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013 Promover la Calidad de Vida de la población, a través de las siguientes políticas:

- Promover prácticas de vida saludable en la población.

- Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.
- Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.

Misión.- Somos la institución que planifica, dirige, ejecuta, evalúa, vigila y controla las enfermedades metaxenicas, facilitando el diagnóstico de laboratorio, tratamiento, vigilancia entomológica, preservando el ecosistema, fundamentado en actividades sostenibles y sustentables, coordinando y optimizando los recursos para mejorar la calidad de vida de la población.

Visión.- El Servicio Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos "Dr. Juan Antonio Montalván Cornejo" será la entidad que lidere en el marco de la política del control de enfermedades transmitidas por vectores artrópodos dentro de un proceso sistémico de planificación estratégica, basada en evidencias que garanticen la efectividad, calidad, y calidez del servicio, contribuyendo al desarrollo social de la población ecuatoriana.

Servicios del SNEM.- El SNEM es una Institución de Salud, que presta las siguientes ofertas de servicios a la comunidad:

1. Diagnóstico a pacientes febriles sospechosos de Paludismo.
2. Diagnóstico a pacientes sospechosos de la Enfermedad de Chagas.
3. Tratamiento radical a pacientes positivos de Paludismo (*P. falciparum*, *p. vivax*, no complicados).
4. Control del contacto hombre-vector (mosquito) en áreas de Alto Riesgo a grupos vulnerables (ancianos, niños, embarazadas); con entrega de Mosquiteros.
5. Control Físico de criaderos de mosquitos (*Aedes*) Transmisor del Dengue, en la destrucción de criaderos.
6. Control Químico-Selectivo del vector transmisor de Paludismo, Dengue y Chagas a través de:
 - Control Larvaria, con Temephos.
 - Control Adultos:
 - a. Rociado Intradomiciliar (Bombas Hudson, Insecticida Deltametrina Polvo).

b. Fumigación Intra y Peri domiciliar, con Bombas Motomochilas, Insecticida Deltametrina Liquida).

c. Fumigación Espacial a Ultra Bajo Volumen en las Manzanas de las localidades con mayor densidad de Aedes Aegypti.

7. Información, Comunicación y Educación para la Salud en Enfermedades transmitidas por vectores artrópodos: Dengue, Paludismo, Chagas, Oncocercosis, Fiebre Amarilla y Leishmaniasis.

8. Investigaciones de Campo y Entomológicas de Medicamentos, Mosquiteros e Insecticidas.

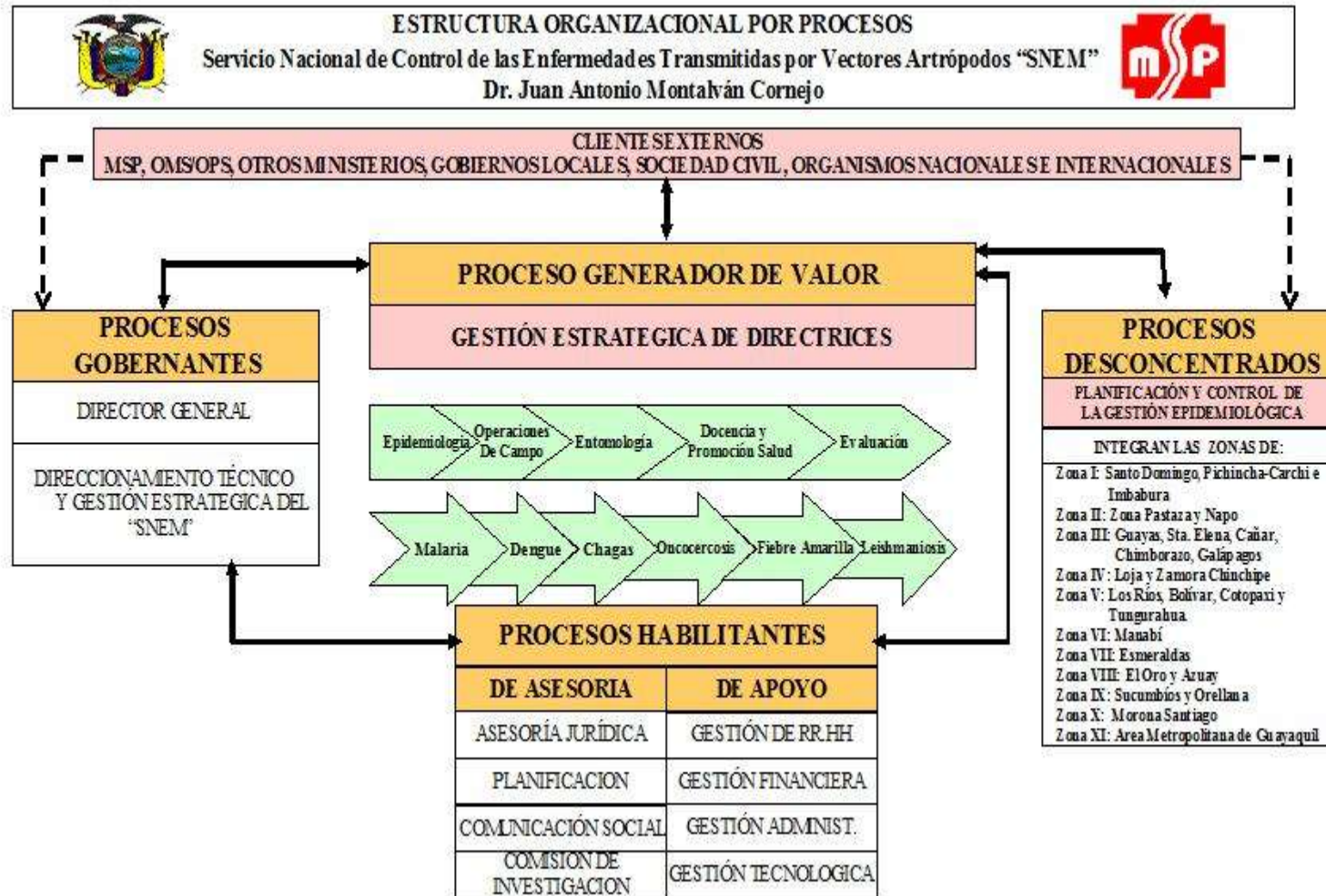
9. Atención Urgente de Brotes de: Paludismo, Dengue, Chagas, etc.

Procesos Desconcentrados.- Compuestos por 10 zonas que son:

- Zona I Sto. Domingo
- Zona II Puyo
- Zona IV Loja
- Zona V Los Ríos
- Zona VI Manabí
- Zona VII Esmeraldas
- Zona VIII El Oro
- Zona IX Sucumbíos- Nueva Loja
- Zona X Morona Santiago-Macas

Cada Zona se dirige a través de las siguientes áreas: Jefatura de Zona, Administración, Pagaduría, Guardalmacén, Operaciones de Campo, Epidemiología y Laboratorios de Control de Calidad y Entomología.

Figura 5. Estructura Organizacional por Procesos



Fuente: www.msp.gob.ec

Por Decreto Ministerial del Dr. Ernesto Gutiérrez Vera, se amplió el Campo de Acción Nacional del SNEM, con la inclusión del Programa Nacional de Vigilancia y Control de Fiebre Amarilla; además de los siguientes que venían funcionando en el País:

- Programa de Vigilancia y Control de Malaria
- Programa de Eliminación de Oncocercosis
- Programa de Vigilancia y Control de Aedes
- Programa de Vigilancia y Control de Leishmaniasis
- Programa de Control y Vigilancia de la enfermedad de Chagas

Descripción de los Programas de Vigilancia y Control

La Fiebre Amarilla.- Es una enfermedad aguda, infecciosa e íctero hemorrágica, causada, por un virus que pertenece a la familia Flaviviridae y transmitida por mosquitos. Forattini, 2002, refiere la existencia de diferencias biológicas regionales en cuanto a la virulencia constatada en infecciones experimentales, hechos que han llevado a la hipótesis de que los primates neotropicales (América), adquieren infecciones con cepas más virulentas que las africanas, por lo cual se encuentran monos muertos en el ambiente forestal, como señal de ocurrencia de una epizootia de fiebre amarilla.

En las Américas la Fiebre Amarilla (FA), es enzoótica en el ambiente natural representado por las florestas donde el virus circula entre los vectores y los primates no humanos (*Alouatta*, *Aotus*, *Ateles* y otros) y algunos marsupiales, conocida como Fiebre Amarilla selvática transmitida por mosquitos esencialmente diurnos, silvestres y acrodendrófilos, con huevos colocados individualmente sobre sustratos húmedos de recipientes naturales; los huevos son resistentes a la desecación; los vectores más relevantes son especies del género *Haemagogus* y *Sabethes*.

En décadas pasadas, en las Américas ocurrían epidemias de Fiebre Amarilla Urbana, las mismas que fueron desapareciendo como consecuencia de la eliminación del vector doméstico, el *Aedes aegypti*. La reinfestación de esta especie en toda América y el riesgo de introducción del *Aedes albopictus*, también eficiente vector de Fiebre Amarilla, que ya está presente en algunos países vecinos, aumenta la amenaza y/o riesgo potencial de urbanización o introducción del virus de fiebre amarilla en las áreas

urbanas.

Según Degallier, N., 1992, existen dos áreas ecológicamente significativas en relación a la distribución de la FA, siendo la primera la endémica con ciclos naturales silenciosos sin ocurrencia de casos humanos ni mortalidad en monos o primates y la segunda la epidémica que da origen a brotes temporales acompañados a veces de epizootias en monos, y sostiene que *Haemagogus*, el vector más importante de FAS tiene cierta tendencia a procurar el ambiente rural o peri domiciliario por lo que sería lícito admitir que el virus de la FA recorra varias etapas que lo puedan transferir de la población de primates en el ciclo enzoótico endémico al epidémico rural.

La Fiebre Amarilla permanece restringida a las zonas forestales de las cuencas amazónicas y sus contribuyentes entre altitudes por debajo de los mil metros sobre el nivel del mar, afectando especialmente a la población de 15 a 45 años de edad, dedicada a labores agrícolas, ganaderas, caza, pesca, extracción de maderas, turismo naturalista, colonización o inmigración, nomadismo, incursiones militares, terrorismo, narcotráfico y otros grupos humanos no inmunizados dando lugar a epidemias de Fiebre Amarilla selvática (FAS).

La Fiebre Amarilla está en continuo movimiento dentro de sus áreas enzoóticas ocurriendo la mayor transmisión en los meses lluviosos. Los brotes de FA coinciden también con procesos de migración hacia la zona selvática (colonizaciones) y el consecuente aceleramiento del proceso de urbanización no planificada de la sociedad humana.

En 1998, se reunieron en Cusco Perú, los expertos de América en estrategias de prevención y control de la Fiebre Amarilla, para analizar el riesgo de urbanización de la FA y definir las estrategias de prevención y control para evitar la reurbanización del virus y acciones en cooperación con los países afectados, y recomendaron la vacunación anti amarílica del 100 % de la población en zonas endémicas e incluir en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) a niños mayores de un año e implementar la vigilancia vectorial, que proporcione en forma eficaz información útil sobre los vectores y estimar oportunamente el riesgo de transmisión de FA antes que ocurran los casos humanos tanto a nivel selvático como urbano.

Nazaré Segura et al, 2007 en su Atlas de Culicideos en la Amazonia Brasileira presenta una relación amplia de mosquitos infectados naturalmente con arbovirus en la naturaleza y señala ocho especies con infección natural con el virus de la Fiebre Amarilla, lo cual traduce el alto riesgo de transmisión por variados vectores en el área endémica.

En el Ecuador, la Fiebre Amarilla Urbana fue erradicada de las ciudades el año 1940. En este País los últimos casos se remontan a la década pasada, es decir se encuentra en un largo silencio epidemiológico relacionado probablemente con la vacunación masiva antiamarílica y/o al sub registro de casos. De acuerdo a información del MSP y la OPS/OMS (Área de Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades, Unidad de Enfermedades Transmisibles), durante el período de 1996 al 2000 se registraron 48 casos de FAS, de los cuales 18 fueron letales (38%). Las áreas enzoóticas de FAS, se ubicaron en las Provincia de Sucumbíos, Napo, Pastaza y Morona.

Las actividades efectuadas en Puyo (Pastaza) y Tena (Napo), jurisdicción de la Zona II del SNEM, motivo de este informe tuvieron por finalidad Capacitar recursos humanos en conocimientos básicos fundamentalmente prácticos para el muestreo de vectores de Fiebre Amarilla Urbana y Fiebre Amarilla Silvestre y dejar instaladas las actividades de muestreo técnico y operativamente factibles para determinar los criaderos preferenciales naturales y artificiales, sus variaciones estacionales de abundancia y determinar la fauna de vectores adultos de la Fiebre Amarilla mediante varios tipos de colecta en el bosque, para levantar las variaciones de su abundancia, identificación genérica y los indicadores entomoepidemiológicos que permitan detectar la introducción de especies nuevas, determinar el grado de riesgo y prevenir epidemias para evitar la urbanización del virus de la Fiebre Amarilla al tomar acciones de control y/o prevención oportunamente.

Vigilancia Epidemiológica.- La Organización Mundial de la Salud, para el control de la enfermedad en la región americana, recomienda establecer una serie de estrategias en las que intervienen los Ministerios de Salud Pública de los países en riesgos, en interrelación con los gobiernos locales, organismos gubernamentales y no gubernamentales, comunidad y organizaciones de asesoría técnica internacional como

OMS/OPS, médicos sin fronteras, teniendo como finalidad evitar la proliferación de la Fiebre Amarilla.

En cada país se fortalecerá la vigilancia epidemiológica de la fiebre amarilla en sus cuatro componentes básicos específicos:

- A) Vigilancia de casos humanos
- B) Vigilancia de coberturas de vacunas
- C) Vigilancia de epizootias
- D) Vigilancia entomológica

Como respuesta local al incremento de los factores de riesgos en la región, teniendo como propósito la detección precoz de la circulación viral y adoptar medidas oportunas y adecuadas de control para impedir nuevos casos, progresión de brotes.

Se debe realizar la Vigilancia epidemiológica de la circulación viral de FA, en áreas enzoóticas y no enzoóticas, prestando especial atención a la Vigilancia de epizootias y entomológica.

La OMS/OPS con el propósito de mantener estrategias eficaces en la región recomienda las siguientes acciones a cumplir por los países:

- Vigilancia de casos clínicos compatibles con la forma clásica de la enfermedad, según definición de casos de la OMS
- Vigilancia de síndromes febriles ictericos.
- Vigilancia de epizootias (enfermedad y muerte de monos en área selvática)
- Mantener los índices *Aedes aegypti* por debajo de 5%
- Vigilancia de eventos post vacúnales supuestamente atribuibles a Fiebre Amarilla.

A) Vigilancia, diagnóstico y manejo de casos clínicos.- Fortalecer el manejo sistémico de la Fiebre Amarilla, lograr equipos de salud con excelencia en diagnóstico precoz en lo clínico y el laboratorio, que estén en capacidad de controlar brotes y epidemias, que busquen la participación de otros organismos y la comunidad.

A.1) Definición de casos por la OMS.- Es importante para la óptima vigilancia epidemiológica, que los equipos de salud tengamos un mismo criterio para definición de casos en humanos, criterios de vacunación, vigilancia de síndromes Ictérico febriles y hemorrágicos.

A.2).Caso sospechoso.- personas con enfermedad caracterizada por fiebre de comienzo brusco, ictericia en las 2 semanas posteriores al inicio de síntomas, y uno de los siguientes síntomas: 1) sangrado por nariz, encías, piel o tracto digestivo; o 2) muerte periodo de 3 semanas del inicio de los síntomas.

A.3). Caso confirmado.- Sospechosos que hayan sido confirmados por laboratorio o nexo epidemiológico por el laboratorio.

A.4). Brote.- Un brote de Fiebre Amarilla es la presencia de un caso confirmado.

A.5). Vigilancia de los signos febriles ictericios.- Por lo general se pone en práctica en los sitios centinelas, utiliza una definición de casos de mayor sensibilidad y excluye los casos utilizando pruebas específicas de laboratorio. Este procedimiento permite identificar la forma moderada de la enfermedad.

Incluye a todas las personas que viven en áreas enzoóticas o que han viajado a ellos, y que presentan una enfermedad caracterizada por fiebre e ictericia de inicio súbito. En caso de que las muestras de sangre, deben enviarse al laboratorio de preferencia para realizar pruebas serológicas específicas de Fiebre Amarilla.

A.6). Diagnóstico de laboratorio.- Se lo realiza por medio del aislamiento del virus y por pruebas serológicas para la presencia de anticuerpos del tipo IgM. En casos mortales, la presencia de antígeno vírico de tejidos, principalmente el hepático, se demuestra por Inmunohistoquímica. Las alteraciones morfológicas que se producen en el tejido hepático se observan por pruebas Histopatológicas. Algunos laboratorios tienen la capacidad para realizar el PCR para la detección de material genético (ARN) de virus de la Fiebre Amarilla en la sangre y en los tejidos.

La serología es el método más usado en el diagnóstico de la fiebre amarilla, la detección de anticuerpos IGM por MAC ELISA es de alta sensibilidad, especificidad, y simplicidad, además con una sola prueba después del séptimo día se obtiene el resultado. Se utilizan otras pruebas que se basan en sero conversión por lo que requieren de dos tomas de muestras de sueros una en la fase aguda y la otra después de dos semanas, entre ellas la Inhibición de la Hemaglutinación y las de Neutralización.

B.). Vigilancia de Coberturas de vacunación.- El más importante mecanismo para la prevención de la fiebre amarilla es la vacunación, se debe aplicar priorizando factores de riesgos, la OMS/OPS recomiendan vacunar primero a residentes de áreas enzoóticas y a las personas que asisten a estos sectores se cual fuera el motivo, su uso tiene

contraindicaciones que son observadas por los equipos de salud, es muy importante indicar que en el país el programa ampliado de inmunizaciones (PAI), tiene la vacuna antiamarílica dentro de sus esquemas de inmunización.

C.). Vigilancia de Epizootias.- Las autoridades de salud deben estimular a la población para que notifiquen la muerte de monos por causas naturales.

La vigilancia de una epizootia puede representar la circulación viral de Fiebre Amarilla, y en ese caso se debe iniciar la vacunación de residentes y viajeros que pertenecen a la zona, además intensificar la vigilancia de casos sospechosos y casos de fiebres e ictericia.

C.1). Diagnóstico de laboratorio.- Se lo realiza por medio del aislamiento del virus y por pruebas serológicas para la presencia de anticuerpos del tipo IgM. En casos mortales, la presencia de antígeno vírico de tejidos, principalmente el hepático, se demuestra por Inmunohistoquímica. Las alteraciones morfológicas que se producen en el tejido hepático se observan por pruebas

Histo-patológicas. Algunos laboratorios tienen la capacidad para realizar el PCR para la detección de material genético (ARN) de virus de la Fiebre Amarilla en la sangre y en los tejidos.

C.2). Respuesta a los brotes o epizootias.- la detección precoz de casos o epizootias permitirá la rápida puesta en marcha de actividades de control. Así mismo debe establecerse un estado de alerta epidemiológica.

En áreas enzoóticas la presencia de un caso confirmado por laboratorio es suficiente para tomar medidas de prevención y control. En áreas no enzoóticas se requiere la confirmación por el laboratorio de referencia, mediante la repetición de la prueba IgM Elisa.

D.) Vigilancia Entomológica.-

1.) La implementación de la vigilancia vectorial.- En las áreas de riesgo y sitios de ocurrencia de **EPIZOOTIAS DE PRIMATES NO HUMANOS Y CASOS EN HUMANOS** por fiebre amarilla, torna posible tener un sistema de vigilancia capaz de implementar indicadores de predicción del riesgo a las poblaciones expuestas al contacto con esos agentes patogénicos, esa práctica considera factores de riesgos relacionadas al comportamiento del vector como; capacidad, competencia vectorial,

grado de endofilia y exofilia, ecotopos preferenciales, cambios ambientales y densidad, estos son algunos factores naturales que afectan la transmisión de la fiebre amarilla.

2.) Implementación del Plan de respuesta incluye: Establecer la alerta epidemiológica

2.1). Acciones inmediatas.- La unidad mínima de acción es el cantón afectado y los alrededores

2.2) Actividades de vacunación.-Definir el tamaño de la población a vacunar, establecer los requerimientos de insumos, la forma de presentación de vacuna disponible, el factor de pérdida de eficacia, cadena de frío, transporte, recurso humano disponible y necesidades de adiestramiento.

Vacunar masivamente a la población residente en las zonas y en los municipios limítrofes que no cuenten con antecedentes de vacunación previa.

- Promover prácticas de vacunación segura.
- Realizar monitoreo rápido de coberturas de vacunas

2.3). Actividades de vigilancia epidemiológica

Alerta epidemiológica a los cantones y Servicios de Salud.

- Identificación de casos adicionales mediante búsqueda de todas las personas con enfermedades compatibles con la definición de caso sospechoso y las personas con síntomas febriles ictericos agudos, en las zonas donde se han presentado casos, así como en los municipios alrededores y los lugares visitados por los casos (pacientes) en el periodo de 3 a 6 años antes del comienzo de la enfermedad.
- Toma de muestras y envío al laboratorio.
- Investigación retrospectiva de certificados de defunción para detectar casos compatibles.
- Determinar incidencias de la enfermedad por zonas geográficas y grupos de edades, para identificar grupos de riesgos e inmediatamente la pauta de transmisión de la enfermedad.

3.) Investigación de epizootias

Definiciones adoptadas en el Sistema de Vigilancia de epizootias por el ministerio de salud de Brasil.

3.1). Casos sospechosos.- (epizootias o mediante sospecha de fiebre amarilla) primate no humano de cualquier especie, encontrado muerto o enfermo (incluye osamentas) en cualquier lugar del territorio nacional.

De acuerdo al manual de epizootias de primates, se lo considera enfermo al animal que presenta comportamiento anormal, movimientos lentos, no quiere jugar, o esta segregado del grupo, hay pérdida de apetito que lo lleva a perder peso, esta delgado, desnutrido y deshidratado, pueden observarse lesiones cutáneas, secreciones nasales, oculares y diarreas.

3.2). Caso confirmado.- epizootia o muerte confirmada por Fiebre Amarilla.

Epizootias o muertes sospechosas de Fiebre Amarilla con cualquier resultado laboratorial positivo específico para Fiebre Amarilla.

3.3). Caso sospechoso.- Sin confirmación laboratorial o sin coleccionar muestras, pero con detección viral de Fiebre Amarilla en vectores o registro de caso humano en área y tiempo compatible con la epizootia, evaluando caso a caso.

3.4). Tipos de actividades de vigilancia para detección de circulación viral en monos

El objetivo de la propuesta tiene relación con el perfeccionamiento de la capacidad local de responder a la epizootia de primates con un evento en salud pública. Brasil incluyo a partir del 2005 las epizootias como eventos de interés epidemiológico y las clasifico como notificación obligatoria.

Las acciones que involucran las actividades relacionadas con el control de primates no humanos pueden ser separadas en dos grupos:

- Monitorización de área geográfica, PNH y el contacto con el virus de la Fiebre Amarilla.
- Vigilancia de muertes y/o enfermedad de PNH.

Esa clasificación de las actividades de vigilancia diferencia las actividades de campo relacionadas con la investigación de la circulación del virus de la Fiebre Amarilla en el ciclo silvestre.

3.5). Monitorización de área geográfica.- PNH y el contacto con el virus de la Fiebre Amarilla.

En general, debe ser utilizada para evaluar la circulación precoz del virus a partir de la serología de animales de vida libre como señalizadores de riesgo (para Fiebre Amarilla) así como para otro Arbovirus. Es desarrolla de forma centralizada, independiente de la evidencia de riesgo a titulo de monitorizar está en relación con la evaluación de circulación viral en áreas donde no es conocida la circulación del virus de la Fiebre Amarilla o para evaluar causas de epizootias, casos humanos y verificar la disposición de la circulación viral.

3.6). Vigilancia de muerte y/o enfermedad de Primates no humanos.

La relación directa es realizada con la posibilidad de respuesta precoz del Servicio de Salud Pública, considerando el riesgo de circulación del virus de Fiebre Amarilla, lo relevante para este tipo de actividad, es obtener la respuesta rápida del Servicio de Salud protegiendo a la población.

El propósito es responder a un evento considerado de interés de salud pública, y el de evaluar el riesgo de circulación del virus.

A partir del momento de la notificación de una epizootia, se debe informar a la red de Vigilancia nacional y conservar las investigaciones y demás autoridades de prevención.

3.7). Notificaciones de muertes y/o epizootias en PNH.

- Se hace a partir de la observación de: monos enfermizos o muertos, osamentas, ausencia de clanes, o del comportamiento del grupo.
- El área de interés para la vigilancia es todo el territorio nacional, inclusive áreas consideradas indemnes, una vez que hay presencia de vector silvestre y urbanos.
- La información continua es fundamental para los equipos de salud y la población, está en relación directa con el diagnóstico de casos.

3.8). La red nacional de salud.- Tiene que establecer un sistema de información veraz y oportuna, La respuesta local de vigilancia epidemiológica en base a cuatro componentes básicos específicos.

- Vigilancia de casos humanos.
- Vigilancia de coberturas de vacunas
- Vigilancia de epizootias
- Vigilancia entomológica.

La Malaria.- La malaria (del italiano medieval mala aria (mal aire) o paludismo (latín palus, «pantano») es una enfermedad producida por parásitos del género Plasmodium, y es probable que se haya transmitido al ser humano a través de los mosquitos occidentales. Es la primera enfermedad en importancia de entre las enfermedades debilitantes.

En nuestro país, la malaria ha sido históricamente uno de los mayores problemas de salud pública presente en alrededor del 60% de su territorio de zonas tropicales, subtropicales y templadas del país, donde habitan aproximadamente 7.169.638 de personas, los ciclos endémicos y epidémicos de la enfermedad se repiten periódicamente, modificados por la presencia de crisis socioeconómicas, eventos

climáticos adversos ENOS), la expansión de la frontera agrícola en zonas de bosque tropical húmedo y el debilitamiento de la capacidad de los servicios de salud, derivados de la reducción sistemática del gasto social ocurrido durante el último decenio. Ciertas características y condiciones en la estructura geográfica de algunas regiones, favorecen la persistencia de focos endémicos de alta transmisión, particularmente en el norte del litoral y la región amazónica, desde donde ocurre la dispersión hacia zonas contiguas en determinadas condiciones de deterioro epidemiológico.

La malaria ocurre en las zonas de mayor depresión económica urbana y rural, causa daños decurrentes de pérdidas laborales y gastos en salud no cuantificados exactamente y es uno de los principales factores limitantes del desarrollo de actividades cotidianas de la población afectada. En el área endémica de malaria, habitan aproximadamente el 60% de la población ecuatoriana.

La malaria tiene carácter predominantemente estacional en la Costa (inf. Tec. SNEM) con incremento de transmisión después de la estación lluviosa, la población más afectada por la malaria es de adultos jóvenes en edad productiva con mayor predominio de varones. En la Amazonía la malaria tiene menor influencia estacional y su transmisión es más bien continua. En las zonas subtropicales y valles templados andinos con endemismo de malaria la transmisión es continua.

Luego de haberse producido años con epidemias de gran magnitud (más de 100.000 casos en el 2001), y experimentar actualmente un declive marcado y progresivo de la patología, que puede modificarse producto de la fuerte estación lluviosa e importantes inundaciones acontecidas en la región litoral durante los meses enero a mayo del 2008, es necesario fortalecer las acciones de prevención y control para atenuar el incremento que históricamente ocurre posterior a estos fenómenos climáticos y consolidar los logros alcanzados a través del fortalecimiento de estrategias y acciones que enmarcadas en los compromisos internacionales adquiridos por el país, permitan mantener el control de este problema de salud pública a través del fortalecimiento de actividades de alto impacto en la patología como:

- Fortalecimiento del diagnóstico oportuno y tratamiento inmediato.

- Limitación del contacto hombre –vector (uso de medidas alternativo-complementarias)
- Fortalecimiento de la capacidad de los servicios de salud para la vigilancia epidemiológica de la malaria.
- Fortalecimiento y formalización de alianzas estratégicas multisectoriales con participación comunitaria para prevención y control de la malaria.

La malaria es una enfermedad causada por un parásito del género Plasmodium. Existen más de 150 especies de Plasmodium que infectan diferentes vertebrados, pero solamente cuatro (P. Falciparum, P. Vivax, P. Ovale y P. Malaria) infectan al hombre.

Las dos especies más comunes son:

- P. Falciparum - que tiene una distribución global, es la especie más agresiva, causando la muerte.
- P. Vivax - de distribución mundial - puede causar infecciones debilitantes y recurrentes, pero raramente mata.

Figura 6. Mosquito Plasmodium



Fuente: www.who.int

La Malaria o Paludismo continúa siendo considerada prioritaria por sus implicaciones directas en el desarrollo socioeconómico de las regiones significativas para el país por su potencial agrícola, ganadero y pesquero, afectando principalmente a los humanos deprimidos, cuya fuerza principalmente productiva se ve frenada por esta enfermedad.

Mecanismo de Transmisión y Ciclo Biológico de Plasmodium

Cuando el mosquito pica una persona infectada, los parásitos se multiplican sexualmente (esporogonia) en el tubo digestivo y se desarrollan en las glándulas salivares.

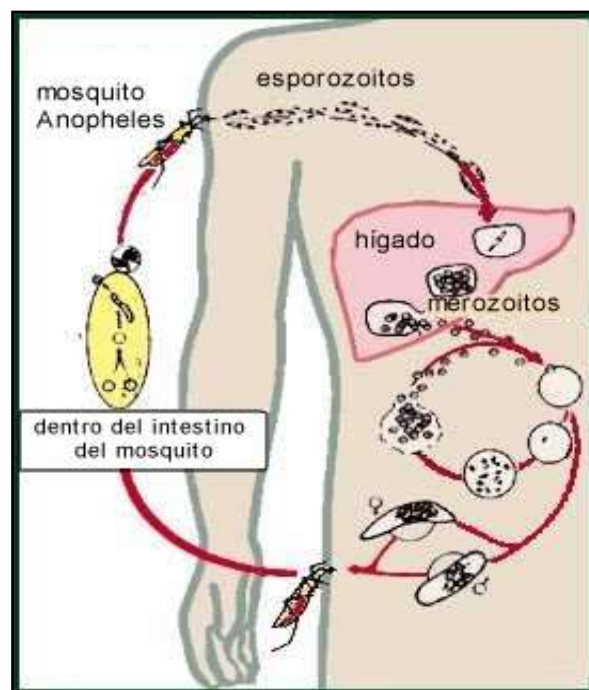
Cuando el mosquito inocula los parásitos en un nuevo huésped, ellos colonizan primero el hígado, donde tienen varios ciclos de multiplicación asexuala, y de donde salen como para invadir los glóbulos rojos (eritrocitos).

Dentro de los eritrocitos, los parásitos se reproducen en forma asexuala (esquizogonia), esta multiplicación es responsable por los síntomas.

Algunos parásitos, dentro de los glóbulos rojos, se transforman en gametocitos, que son las formas sexuales de Plasmodium.

Cuando el mosquito Anopheles ingiere la sangre infectada, los gametocitos se diferencian en su intestino y reinician, por reproducción sexuala, el ciclo biológico.

Figura 7. Ciclo Biológico del Plasmodium



Fuente: www.who.int

Síntomas y Consecuencias

El síntoma característico de esta enfermedad es la fiebre y la forma en que ésta se presenta. Si bien al principio la fiebre es casi continua, a medida que progresa la enfermedad se produce una sincronía con el periodo de reproducción del parásito que con lleva una destrucción masiva periódica de gran número de glóbulos rojos; en consecuencia, se aprecian períodos de fiebre alternados con periodos de temperatura normal.

Otros síntomas habituales suelen ser malestar general, debilidad, náuseas y dolor de cabeza, aunque a veces también se puede producir vómito y diarrea.

La consecuencia inevitable de una infección de paludismo es la anemia causada por la desnutrición de glóbulos rojos que produce el parásito; es común el aumento de tamaño del bazo (esplenomegalia) y del hígado (hapatomegalia).

Figura 8. Síntomas



Fuente: www.who.int

Diagnóstico

Las técnicas de frotis y gota gruesa son las más utilizadas para el diagnóstico. La forma en la que parece el parásito dependerá de la fase del ciclo en que se tome la muestra. El examen de sangre en gota gruesa es el paso inicial para el diagnóstico de esta

parasitosis. Se coloca en un portaobjetos una gota de sangre lo suficientemente voluminosa y se tiñe con colorante Giemsa. En caso de que exista la parasitosis, al examinar la muestra al microscopio se observan en el interior de los eritrocitos unos anillos característicos. Lo único que se puede concluir con esta técnica es que existe infección malárica.

Para identificar cuál es la especie causante del paludismo hay que realizar un frotis sanguíneo con una pequeña muestra de sangre.

Objetivos:

Objetivo General

Establecer el Control de la Morbilidad y Mortalidad de la Malaria transmitida por el mosquito anópheles.

Propósito

Continuar desarrollando las actividades de vigilancia epidemiológica de control de la Malaria, para conocer y/o verificar las causas de la persistente transmisión en determinadas “áreas de riesgo”, a fin de adoptar las medidas de intervención más convenientes.

Objetivos Específicos

- Controlar las epidemias.
- Reducir la morbilidad y mortalidad malárica a niveles que no constituyen problemas de Salud Pública.
- Eliminar y/o reducir las infecciones a *P. falciparum*.

Plan de Trabajo

- Búsqueda de casos de Malaria.
- Analiza la morbilidad palúdica por semanas epidemiológicas de los casos reportados por malaria por los laboratorios del SNEM.

- Ejecutar capacitación en los talleres de readiestramiento a los Microscopistas del SNEM en el tema "Actualización en el manejo de Políticas de Medicamentos antimaláricos".
- Elaborar la estratificación epidemiológica de la Malaria
- Tratamientos clínicos y de cura radical de casos con medicamentos antimaláricos.
- Investigación Epidemiológica de casos y/o localidades (principalmente en las áreas de alta transmisión).
- Investigaciones de susceptibilidad del parásito a los medicamentos.
- Estudios de respuestas y participación comunitaria.
- Integración progresiva de las actividades de control de la malaria en las acciones básicas de los Servicios Generales de Salud.
- Estratificación del problema malárico.
- Selección de tecnologías apropiadas en las medidas de intervención para controlar la situación malárica actual.

Otras Actividades Epidemiológicas

- Continuar los estudios de comportamiento de las especies anophelinos, vectores responsables de la transmisión malárica.
- Continuar, ampliar y profundizar el proceso de estratificación epidemiológica y de focalización cuantitativa de casos de malaria.
- Reactivar e incrementar la red de notificación de casos de malaria, mediante la asistencia y supervisión continua a los puestos de notificación a las Unidades Operativas de Salud.
- Readiestrar, monitorear y supervisar periódicamente a la Red de Microscopistas del Programa de Control de la Malaria.
- Continuar fortaleciendo al Programa Nacional de Control de Malaria de acuerdo a sus necesidades.

- Procurar la participación activa de la comunidad en las actividades antimaláricas y anti *Aedes aegypti*, principalmente mediante la ejecución de un programa realista y factible de promoción de la población.
- Desarrollar progresivamente la vigilancia epidemiológica de la malaria a nivel de los Servicios Generales de Salud, estableciendo una relación recíproca con la atención primaria de Salud.

Esquema de Tratamiento Antipalúdico

Cuadro 2. Tratamiento Radical de Infecciones A P.Vivax

GRUPO DE EDAD	CLOROQUINA (3 DIAS)			PRIMAQUINA (7 DIAS)		
	1er. DIA	2do. DIA	3er. DIA	1er. DIA	2do. DIA	3er. DIA
Menores de 6 meses	1/4	1/4	1/4	--	--	--
De 6 a 11 meses	1/2	1/2	1/2	1 inf.	1 inf.	1 inf.
De 1 a 2 años	1	1/2	1/2	1 inf.	1 inf.	1 inf.
De 3 a 6 años	1	1	1	2 inf.	2 inf.	2 inf.
De 7 a 11 años	2	1 1/2	1 1/2	3 inf.	3 inf.	3 inf.
De 12 a 14 años	3	2	2	2 Ad.	2 Ad.	2 Ad.
De 15 o mas años	4	3	3	2 Ad.	2 Ad.	2 Ad.

Fuente: SNEM Zona V

Cuadro 3. Tratamiento de Infecciones A P.Vivax en Embarazadas

TRATAMIENTO DE INFECCIONES A P. vivax (EMBARAZADAS)				
MEDICAMENTO CLOROQUINA	Semana 1			Semanas de seguimiento
	1er Día	2do. Día*	3er Día *	De 2-40 sem. (9 meses)
	10 mg/kg	7,5 mg/kg	7,5mg/kg	2 tabletas por semana**

Tomas divididas preferentemente cada 12 horas.

** 16 sms. Post parto CQ-PQ, según esquema estándar

Fuente: SNEM Zona V

Esquema de Tratamiento para Malaria

Cuadro 4. No Complicada por P. Falciparum - Primera Elección

GRUPO DE EDAD	SULFADOXINA/PIRIMETAMINA	ARTESUNATO (3 Días)		
	1er Día	1er Día	2do Día	3er Día
Menores de 6 meses	NO ADMINISTRAR	1/4	1/4	1/4
De 6 a 11 meses	1/2	1/2	1/2	1/2
De 1 a 2 años	1/2	1/2	1/2	1/2
De 3 a 6 años	1	1	1	1
De 7 a 11 años	1 ½	1 ½	1 ½	1 ½
De 12 a 14 años	2	2	2	2
De 15 o más años	3	2 ½	2 ½	2 ½

Dosis SULFADOXINA/PIRIMETAMINA 25 mg/kg dosis única

DOSIS ARTESUNATO 4 mg/kg 3 días

Fuente: SNEM Zona V

Presentación:

- S/P TABLETA 500/25 mg
- Artesunato Tabletas 100 mg
- La Sulfadoxina y la Pirimetamina, solas o asociadas están contraindicadas en: Niños menores de 6 meses, infantes prematuros, alergia a la sulfonamida.

Cuadro 5. Tratamiento para Infecciones - P. Falciparum en Embarazadas

	Medicamentos	Dosis	Días	Presentación
1er. Trimestre	Quinina Oral	10mg/kg c/8horas	por 7 días	Tab. 100mg
	Clindamicina Oral	300 a 600mg c/12 horas	por 5 días	Cap. 300 a 600mg
2do. y 3er. Trimestre	Sulfadoxina + Pirimetamina (Fansidar)	25mg/kg 3 tabletas	Dosis Única	Tab. 500 mg
	Artesunato	4mg/kg	por 3 días	Tab.. 100-200mg

Fuente: SNEM Zona V

Cuadro 6. Medicamento de Segunda Elección - P. Fa.Ciparum

EDAD EN AÑOS	PESO EN KG.	COARTEM*, numero de tabletas y tiempo aproximado de dosificación					
		0H00	8H00	24H00	36H00	48H00	60H00
<3	5-14	1	1	1	1	1	1
3 a 8	15-24	2	2	2	2	2	2
9 a 14	25-34	3	3	3	3	3	3
< 14	>34	4	4	4	4	4	4

Fuente: SNEM Zona V

Presentación:

COARTEM (Artemether+Lumefantrine)

Tabletas: Artemether: 20 mg. + Lumefantrine 120 mg.

Indicaciones:

No usar en embarazadas o pacientes con malaria complicada.

En materia por *P. falciparum* en EMBARAZADAS utilizar: Quinina Oral 10mg. /kg. C/8h x 7 días + Clindamicina Oral 300 a 600 mg. C/12 horas por 5 días. Menores de 6 meses: Quinina Oral 8mg./kg C/8h x 7 días + Clindamicina Oral x 5 días (10g/kg/día)

Presentación:

Frasco x 80 ml. Cada 5 ml. Equivalen a 75 mg. De Clindamicina Base.

Cuadro 7. Tratamiento de la Malaria Complicada y Grave

Medicamento y presentación	Dosis y vía de administración	Dosis y vía de administración niños
Quinina Clorhidrato (*) 600 mg/2ml Solución inyectable	Dosis: 10mg/Kg cada 8 horas; disolver en 500ml a goteo lento y pasar en 4 horas a terapia de combinación	Dosis de mantenimiento: 8-10 mg/Kg cada 8 horas; disolver Y pasar en 4 horas al igual que para la dosis inicial

Fuente: SNEM Zona V

Cuadro 8. Tratamiento de P. Falciparum con Quinina para Casos Complicados

GRUPO DE EDAD	DOSIFICACION DE QUININA	
	PESO KG	MG./BASE
De 1 a 3 años	10-14	90
De 4 a 6 años	15-16	130
De 7 a 10 años	20-29	200
De 11 a 15 años	30-40	300
De 16 o más años	50	600

Fuente: SNEM Zona V

Dosis:

10 mg./kg./Peso Diluida en 300cc.

Máximo 3 Dosis con intervalode 8 horas.

Presentación:

Ampollas Biclorhidrato de Quinina 2ml.=600mg.

Oncocercosis.- Estrategias de Control de la Enfermedad

1. Distribución masiva de Ivermectina (Mectizan) en las comunidades endémicas para Oncocercosis.

En 1990 se inicia el Programa Nacional de Control de Oncocercosis a través de la distribución masiva de Ivermectina (Mectizan), droga microfilaricida, con el objetivo de reducir la morbilidad y prevenir la ceguera debida a Oncocercosis.

La distribución masiva dos veces al año de Ivermectina para combatir la Oncocercosis, se la realizaba en 119 comunidades endémicas para Oncocercosis, 117 en la Provincia de Esmeraldas y 2 en la Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas. La distribución ha sido un trabajo sostenido en el Ecuador, en el que se ha mantenido coberturas altas como una clave importante para las labores de control de la enfermedad. Según la población elegible para tratamiento, los porcentajes de cobertura por ríos o localidades en los tres últimos años han sido mayores de 90%, a excepción del primer semestre del 2008 que las coberturas se vieron afectadas por los cambios en las políticas presupuestarias en el control del gasto público y por los retrasos en el presupuesto para pagos a personal técnico y de campo.

Figura 9. Control de la Enfermedad de Oncocercosis



Fuente: www.msp.gob.ec

2. Nodules: extracción de los nódulos palpables (Oncocercomas) mediante la realización de una cirugía menor.

El tiempo de vida de un parásito adulto de *O. volvulus* es entre 12 a 15 años, y no existiendo una droga macrofilaricida para el control de la enfermedad, en el Ecuador se han realizado campañas de nodules en las zonas endémicas para Oncocercosis. Los estudios realizados demuestran que la remoción de los oncocercomas tiene un efecto positivo sobre la reducción en la carga de microfilarias en la piel y en los tejidos oculares.

3. Participación de los Agentes Locales de Salud en las labores de control de Oncocercosis.

Se inicia como un Programa unipropósito, de investigación liderado por una sola persona, cuyas actividades se enmarcaban en un proyecto de ayuda médica en el área. Luego se tornó en un programa a nivel nacional de control de la enfermedad. En el transcurso de los últimos años se modificó la modalidad vertical, y así se inicia una horizontalización del Programa en la parte operativa de campo, tendiente a lograr en algún momento, el manejo del mismo por parte de las poblaciones afectadas por la enfermedad, desarrollándose una base de promotores de salud. En la actualidad, el equipo de Oncocercosis realiza una visita multipropósito a las comunidades, llevando un paquete comunitario de salud integral.

4. Vigilancia Epidemiológica a través de la evaluación de impacto de la distribución de Ivermectina en las áreas centinelas, y actualmente mediante toma de muestras para pruebas serológicas y colección de moscas en comunidades centinelas para ser sometidas a pruebas de PCR (reacción en cadena de polimeraza).

Actividades:

- Administración del medicamento en las 84 comunidades endémicas cada seis meses.
- Capacitación a los actores locales de las áreas endémicas sobre las estrategias de eliminación de la Oncocercosis.
- Monitoreo y evaluación de las estrategias de eliminación con el personal técnico y operativo del Programa Nacional.
- Extirpación de nódulos palpables de los pacientes identificados.
- Cirugías reconstructivas de hernias en el 50% de pacientes identificados.
- Realizar un paquete de salud integral que consta de: consultas de morbilidad por demanda espontánea; inmunización a los niños menores de 5 años según el esquema de vacunación del MSP; control de mujeres embarazadas; diagnóstico y tratamiento del paludismo; impregnación de toldos para la prevención del paludismo.
- Estudios parasitológicos para determinar la prevalencia de microfilarias mediante biopsias de piel. Estudios oftalmológicos para determinar la prevalencia de morbilidad ocular causada por Oncocercosis. Estudios entomológicos para determinar la infección natural en las especies de insecto vectoras.
- Toma de muestras para pruebas serológicas

Figura 10. Personal Técnico y Operativo



Fuente: www.msp.gob.ec

Logros del Programa:

- Distribuir la Ivermectina en las 119 comunidades endémicas por el lapso 15 años de tratamiento ininterrumpido, gracias al apoyo sostenible y sustentable del Ministerio de Salud y de Ong's.
- Mantener coberturas de tratamiento superiores al 90% de la población elegible en los últimos 3 años.
- Integrar a todos los equipos de salud local en las visitas multipropósito del programa.
- Realizar las campañas de nodulectomías en pacientes que todavía presenten nódulos.
- Haber conseguido la desaparición de lesiones dérmicas por Oncocercosis.
- Haber conseguido que no se haya presentado casos de ceguera en los ríos en los últimos 10 años.
- Interrupción de la transmisión y suspensión del tratamiento en 35 comunidades del Río Santiago.
- Realización de Evaluaciones Epidemiológicas cada cuatro años en comunidades centinelas.

Figura 11. Logo del Programa Nacional de Oncocercosis



Fuente: www.msp.gob.ec

Objetivos:

Objetivo General

El programa tiene dos objetivos generales:

- Eliminar la nueva morbilidad causada por la infección por *Onchocercavolvulus*. Ello también se puede expresar como: Eliminar la Oncocercosis como problema de Salud Pública.
- Eliminar la Transmisión del Parásito en los focos donde sea factible. No se ha especificado plazos, pero eliminación significa que el parásito deje de existir en el área tratada.

Objetivos Específicos

- Asegurar la distribución masiva de Ivermectina en las 84 comunidades endémicas, en forma semestral y con una cobertura mínima de tratamiento del 85% sobre la población elegible.
- Evidenciar la ausencia de nódulos palpables (presencia de gusanos adultos de *O. volvulus*) en las áreas endémicas de Oncocercosis.
- Determinar la incidencia de hernias en pacientes con Oncocercosis.
- Proveer de atención de salud integral a la población de las 84 comunidades endémicas.
- Monitoreo de comunidades centinelas cada 4 años, realizado desde 1992, 1996, 2000, 2004 y 2008 para evaluar la eliminación de toda morbilidad por Oncocercosis en el Ecuador.

- Evidenciar la eliminación de la enfermedad a través de los indicadores de certificación de eliminación.
- Realizar la vigilancia Epidemiológica en las 35 comunidades del Río Santiago.

Política Nacional del Programa

Ecuador forma parte de la Iniciativa Regional representada por el Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas (OEPA), junto con los otros cinco países de la región: Brasil, Colombia, Venezuela, Guatemala y México, habiéndose propuesto según la resolución XIV del XXXV Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1991, una estrategia regional que proveyera tratamientos con Ivermectina anuales o semianuales a todas las comunidades que lo requieran, con el fin de eliminar toda morbilidad por Oncocercosis en la región para el año 2007. El Ecuador adoptó esta política en el año de 1990 cuando se iniciaron las actividades de control en toda el área endémica.

Asegurar la sostenibilidad con una infraestructura plenamente operativa capaz de mantener las estrategias de intervención del Programa de Control:

- Distribución de Ivermectina bianual en las comunidades hipo, mesoendémicas e hiperendémicas.
- Campañas de nodulectomías
- Participación de los Agentes Locales de Salud y desarrollo de las visitas multipropósito en cada comunidad endémica.
- Vigilancia epidemiológica a través de las evaluaciones de impacto de la distribución de Ivermectina en las áreas centinelas.

Leishmaniasis.-Localización: Áreas tropicales y subtropicales del país.

Objetivo general

Mejorar la vigilancia y control de la Leishmaniasis en áreas endémicas de transmisión en el país.

Objetivos específicos

- Ampliar la oferta de diagnóstico, tratamiento adecuado, oportuno y gratuito de los casos de Leishmaniasis en los servicios de salud de las áreas endémicas de transmisión.

- Ejecutar medidas de control vectorial en forma selectiva en localidades con brotes, con enfoque integral y promoviendo la participación social
- Mejorar el sistema de Vigilancia Epidemiológica de la enfermedad para la toma oportuna de medidas de prevención y control de la enfermedad por niveles; con énfasis a nivel local.
- Implementar una campaña de información, educación y capacitación comunitaria sobre Leishmaniasis a través de los medios de comunicación social en áreas endémicas de transmisión.
- Impulsar la realización de estudios o trabajos de investigación relacionados al diagnóstico, tratamiento y dinámica vectorial para planificar actividades de prevención y control.

Diagnóstico del problema o necesidad

La Leishmaniasis es una zoonosis cuyo agente etiológico es un protozoo del género *Leishmanias.p.*, que se transmite al ser humano por la picadura de un insecto hematófago del género *Lutzomia*.

La enfermedad puede afectar la piel, mucosas del tracto respiratorio superior y vísceras como el hígado y el bazo, lesiones que están en relación con la especie de leishmania que la causa.

En el Ecuador, no se ha encontrado o descrito hasta el momento la forma visceral, pero si la forma cutánea con sus diferentes variedades de presentaciones clínicas y sus complicaciones: mucosa, recidivante y diseminada.

La Leishmaniasis cutánea constituye un problema de salud pública, debido a su amplia distribución principalmente a nivel rural de las regiones Costa, Sierra y Oriente; así se presenta en 23 de las 24 provincias del País.

Las especies de *Leishmania* existentes en nuestro país son: *L. brasiliensis*, *L. panamensis*, *L. guyanensis*, *L. mexicana*, y *L. amazonensis*.

Comúnmente el vector es conocido con el nombre de “manta blanca” o “palomilla”, y las especies de Lutzomias confirmadas como vectores de Leishmaniasis en nuestro país son: Lu. trapidoi, Lu. hartmanni, Lu. gomezi, y Lu. Ayacuchensis.

En valles Andinos con una altitud entre los 1.200 a 2.400 metros sobre el nivel del mar como Paute, Alausí, Sibambe, Gualaceo, Huigra y Yunguilla, con presencia de vectores y reservorios diferentes; ocurren casos con una presentación clínica distinta a las otras regiones geográficas del País.

La enfermedad es adquirida por los seres humanos al realizar actividades de trabajo, movimientos migratorios o de colonización en las áreas tropicales y subtropicales con la creación de comunidades peri – boscosas o selváticas, donde existen mamíferos salvajes reservorios como el perezoso, el cusumbo, ardilla gris, ardilla roja y el oso hormiguero; también se ha demostrado que la rata negra y el perro mestizo actúan como reservorios a nivel doméstico.

De acuerdo a la información del área de Epidemiología del MSP; a nivel regional el mayor número de casos se registra generalmente en la Costa; no obstante la tasa de incidencia es mayor en la Amazonía debido al menor número de población que habita en esta región

Cabe destacar que la región Amazónica reúne todas las condiciones propicias para la transmisión de la Leishmaniasis cutánea y en el año 2.007 se presentaron 489 casos, lo que representa el 41 % del total de casos del País.

La distribución de los casos coincide con la presencia de bosques tropicales y subtropicales que son los nichos ecológicos apropiados para la presencia del vector y reservorios; principalmente en las provincias de Pichincha, Esmeraldas y Morona (70% del total de casos).

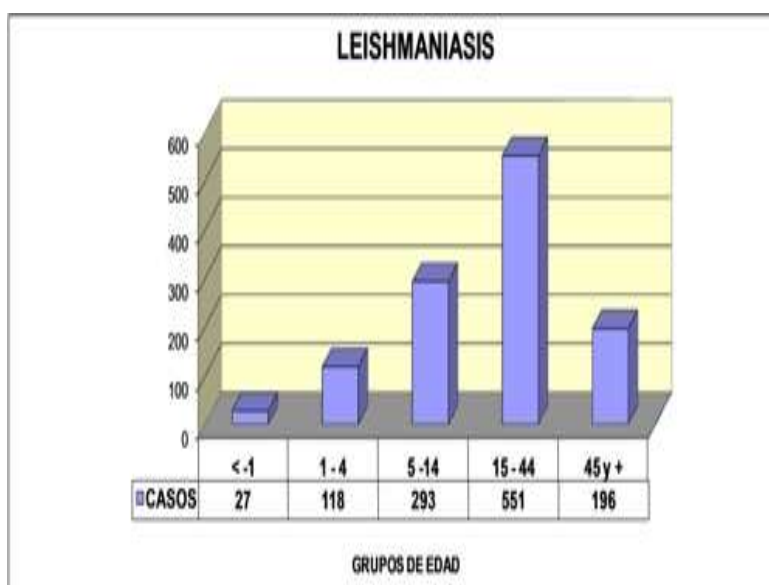
Característica de la Población

Beneficiarios Directos.- El Programa de Leishmaniasis está orientado a ser un proyecto de beneficio social, principalmente para la población del sector rural con problemas de pobreza y dificultades de accesibilidad geográfica; permitirá mejorar la oferta de

servicios de salud para las comunidades con mayores niveles de transmisión, garantizándoles el diagnóstico y tratamiento gratuito así como la ejecución de medidas de prevención y control vectorial, en concordancia con los objetivos estratégicos del Ministerio de Salud Pública que hacen referencia a la prevención y control de las enfermedades de alto impacto epidemiológico, social y económico así como mejorar el acceso con equidad a los servicios y programas de salud en especial a la población más pobre.

Beneficiarios Directos.- Tomando en consideración la información epidemiológica del año 2007, en que se registraron 1.185 casos y estimando que en el año 2009 este nivel de transmisión se mantenga y/o incremente ligeramente la población directamente beneficiaria serían 2.000 pacientes. En general la enfermedad afecta a todos los grupos etarios; pero sobre todo a la población económicamente activa.

Figura 12. Leishmaniasis



Fuente: SNEM ZONA V

Beneficiarios Indirectos.- Asumiendo que cada uno de los casos representa a un miembro de la familia; podemos estimar que la población beneficiada indirectamente sería de 9.000 personas, siendo importante considerar que no se dispone de datos que permitan conocer la verdadera magnitud de la transmisión de esta enfermedad, lo que influiría en la variación de estas estimaciones. Cabe destacar además que el vector y reservorios del parásito se encuentran ampliamente distribuidos en el país, en sectores

de clima tropical y subtropical de las regiones Costa, Sierra (valles de la región interandina) y amazónica, sobre todo a nivel rural.

Se estima que aproximadamente 3'500.000 de habitantes viven en áreas de riesgo de transmisión de la enfermedad.

Alternativas de Solución.- Como en la mayoría de las enfermedades; para la prevención y control de la Leishmaniasis es importante planificar y ejecutar programas integrales con participación Intra e Intersectorial, promoviendo aspectos educativos y la activa participación de la comunidad. Sería conveniente coordinar varias acciones con el Proyecto de control de la Malaria de los Países Andinos “Un enfoque comunitario” para sumar esfuerzos y aprovechar oportunidades.

La vigilancia epidemiológica y el control de la leishmaniasis, debe estar orientada a la detección oportuna de casos así como al estudio permanente de focos de transmisión con participación comunitaria y equipos de salud; que permitan tener información confiable para la implementación de acciones de prevención y control, así como al seguimiento y evaluación de las mismas.

Para aumentar la oferta de servicios se propone capacitar a toda la red de microscopistas del SNEM en el diagnóstico microscópico de esta patología, incluyendo a los de la región Amazónica. Esta actividad ya se realizó en primera instancia, pero es necesario seguir reforzándola. A medida que se amplíe esta red de microscopistas a través del SNEM o del Programa de control de la malaria en áreas de frontera de los países Andinos (PAMAFRO), las comunidades podrían beneficiarse al tener acceso al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

En cuanto al registro de casos, en virtud de que el SNEM no recibe información epidemiológica sobre esta enfermedad, se requiere realizar las respectivas gestiones a nivel de MSP, para que las direcciones Provinciales de Salud envíen esta información a esta institución, lo que facilitaría la toma de decisiones en cuanto a la prevención y control. A su vez se requiere implementar un subsistema de vigilancia epidemiológica comunitario articulado al del MSP.

Es de suma importancia asegurar la disponibilidad de medicamentos específicos para el tratamiento oportuno de la Leishmaniasis cutánea y evitar complicaciones a nivel de mucosas. Cabe destacar que en la región amazónica se producen casos por *L. brasiliensis* que ocasiona este tipo de problemas y debido a que los costos operativos en esta región son exageradamente elevados; las intervenciones tendrían que ser multipropósito.

Es necesario efectuar un plan de educación comunitaria adecuada a los idiomas y costumbres de las comunidades, sobre todo en la región amazónica para orientarlas en las medidas de prevención y control.

Descripción y Diagnóstico.- La gran dispersión de la enfermedad en las áreas tropicales y subtropicales de todas las Provincias del País (excepto Galápagos), incluyendo los valles Andinos con una altitud entre los 1.200 a 2.400 metros sobre el nivel del mar, las repercusiones psicológicas y socio – económicas sobre las personas afectadas. Por lo general tiene un comportamiento endémico pero ocasionalmente puede alcanzar niveles de epidemia en las áreas de transmisión en el país.

El registro de casos se hace en base a la demanda pasiva por las personas afectadas con la enfermedad que buscan atención en las unidades del MSP, esto significa que existe subnotificación de casos, considerando que se trata de un problema rural y que un gran porcentaje de población habita en áreas donde no tienen acceso a servicios de salud, sobre todo en la Región Amazónica.

La oferta de servicios para atender a las comunidades con problemas de transmisión de Leishmaniasis en el Ecuador, se hace a través de las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública, debiendo indicarse que la misma guarda una conducta estrictamente asistencial o curativa de los enfermos, sin programas integrales de prevención y control.

Existe poco o ningún acceso a los servicios de salud en la región amazónica; sobre todo en áreas remotas de frontera para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. Entre los principales factores que influyen en esta problemática se destacan la inaccesibilidad geográfica, cultural y los altos costos operativos de las intervenciones, ya que los desplazamientos se efectúan por lo general por vía aérea.

El componente relacionado al control del vector está bajo responsabilidad del Servicio Nacional del Control de la Malaria y otras enfermedades de transmisión vectorial SNEM, no obstante es necesario señalar que el respectivo programa de control surge hace poco tiempo, siendo necesario apoyarlo para su completo desarrollo o implementación. Cabe destacar en este punto que el control del vector con productos químicos o insecticidas, no siempre es factible de realizar por los hábitos silvestres del mismo; debiendo esta intervención ejecutarse cuando se demuestre transmisión intradomiciliar a través de investigaciones entomológicas o en el control de epidemias.

El tratamiento de los pacientes se efectúa básicamente con antimoniales (N – metilmeglumina o estibogluconato de sodio) vía intramuscular para adultos y niños. Esto genera inconvenientes como dolor por la aplicación y falta de adherencia al tratamiento sobre todo en la población infantil; requiriéndose contar con medicamentos alternativos para el tratamiento de esta enfermedad.

Existe escaso conocimiento comunitario y en el personal de los equipos de salud del MSP, IESS, FFAA, Policía, Iglesia, ONG's y otros; en relación a aspectos epidemiológicos, diagnóstico clínico, de laboratorio, tratamiento y medidas de prevención y control.

Línea Base del Proyecto.- Al analizar el registro de casos del MSP durante el periodo de 1998 al 2007; se puede observar que la tasa de incidencia en el País oscila en un rango de 4.36 a 20,79 por 100.000 habitantes, por lo que podríamos concluir que la enfermedad tiene un comportamiento endemo – epidémico y por tanto el total de casos es variable y depende de varios factores de orden ambiental, climatológicos, sociales, culturales y económicos.

Desde el punto de vista regional, el mayor número de casos y las tasas de incidencia más altas se registran en la región Oriental (73,76 por 100.000 habitantes); seguido en orden descendente por la región Sierra (6,43 por 100.000 habitantes) y luego la Región Costa (4,51 por 100.000 habitantes); aunque es necesario indicar que el cálculo de esta tasa es influida por el número de habitantes en cada región.

Oferta y Demanda.- La oferta de servicios para atender a las comunidades con problemas de transmisión de Leishmaniasis en el Ecuador, se hace a través de las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública, debiendo indicarse que la misma guarda una conducta estrictamente asistencial o curativa de los enfermos, sin programas integrales de prevención y control.

El componente relacionado al control del vector estaría bajo responsabilidad del Servicio Nacional del Control de la Malaria y otras enfermedades de transmisión vectorial SNEM, no obstante es necesario señalar que el respectivo programa de control surge hace un año, siendo necesario apoyarlo para su completo desarrollo o implementación. Cabe destacar en este punto que el control del vector con productos químicos o insecticidas, no siempre es factible de realizar por los hábitos silvestres del mismo; debiendo esta intervención ejecutarse cuando se demuestre transmisión intradomiciliar a través de investigaciones entomológicas o en el control de epidemias.

La demanda surge por lo general de manera pasiva, por todas las personas afectadas por esta enfermedad, principalmente de las áreas rurales que buscan atención en las unidades de salud, debiendo reiterarse aquí que la enfermedad se ha dispersado en todas las áreas tropicales y subtropicales el país (excepto Galápagos), incluyendo los valles Andinos con una altitud entre los 1.200 a 2.400 metros sobre el nivel del mar.

Viabilidad y Plan de Sostenibilidad

Viabilidad Técnica.- La oferta de diagnóstico microscópico de Leishmaniasis cutánea se hace a expensas de la red de laboratorios del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical; sin embargo, el número de dependencias que esta institución tiene a nivel Nacional generalmente es de un laboratorio por Provincia; esto consecuentemente indica que esta importante actividad se encuentra centralizada y no favorece la atención oportuna de los pacientes que habitan en comunidades rurales con difícil acceso a los mismos.

El SNEM al contar con una red o infraestructura de 310 laboratorios distribuidos a nivel nacional generalmente ubicados en los hospitales, áreas, centros y subcentros de salud podrían incorporarse a esta importante actividad ampliando la oferta, acceso y registro al diagnóstico y tratamiento oportuno de esta enfermedad; evitando además secuelas y

complicaciones ocasionadas por esta patología. Al aprovechar la infraestructura existente o instalada y los respectivos recursos humanos del MSP se podría sustentar la viabilidad técnica del programa; además se generará mayor información de manera integrada con las Direcciones de epidemiología e INHMT Provinciales, con menos sub registro y mejorando la oportunidad de detectar brotes a fin de tomar decisiones de prevención y control que se ejecutarían de manera coordinada e integral entre las diversas instituciones del MSP y otros actores Intersectoriales.

Viabilidad Económica y Financiera.- Revisando las estadísticas del MSP durante el período de 1988 al 2007; se han presentado un promedio de 1500 casos anuales de Leishmaniasis cutánea, sin embargo esta cifra no considera el gran sub registro existente, estimado en por lo menos el doble de esta cantidad de enfermos, en quienes produce lesiones deformantes y graves secuelas psicológicas, con aislamiento, cuadros depresivos y pérdida de la capacidad productiva para la familia, comunidad y el país en general; se estima que la atención de cada caso demanda gastos para el enfermo y para el estado en días de trabajo perdidos, transporte, consulta médica, diagnóstico, tratamiento específico y de las complicaciones originadas por la enfermedad en el orden de \$175 dólares aproximadamente por paciente; sin embargo, considerando que los afectados pertenecen sobre todo a población rural en donde también impacta la pobreza, este programa debe ser visto como un proyecto de apoyo social en el inmediato, mediano y largo plazo, puesto que la transmisión se produce en todas las áreas tropicales y subtropicales de 23 de las 24 Provincias del País en las que resulta imposible eliminar al vector y reservorios del parásito de la enfermedad y en donde se estima viven alrededor de 3'500.000 habitantes, correspondiéndole al estado proporcionar los respectivos recursos económicos para su ejecución y sostenibilidad.

Arreglos institucionales.- El Programa de vigilancia y control de la Leishmaniasis del SNEM, generará información de casos que serán incorporados de manera coordinada con la red del sistema regular de vigilancia epidemiológica del MSP, implementando un sistema de referencia y contra referencia, fortaleciendo la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad en el País y la mejor utilización de esta información para la toma de decisiones e inclusive la elaboración de mapas georeferenciados.

Estrategias de Seguimiento y Evaluación

Monitoreo de la Ejecución.- Se requiere ejecutar algunas actividades de monitoreo:

- Supervisar la disponibilidad permanente de medicamentos para el tratamiento de la enfermedad en las áreas y unidades de salud en las áreas de transmisión.
- Supervisar que los microscopistas capacitados del SNEM, realicen el diagnóstico microscópico de Leishmaniasis cutánea, utilicen instrumentos uniformes y envíen informes a las áreas de salud y zonas operativas del SNEM para alimentar el sistema regular de vigilancia epidemiológica del MSP.
- Efectuar dos talleres de evaluación durante el año 2009.
- Supervisar que los equipos de salud diagnostiquen y manejen adecuadamente los casos en las áreas de transmisión de la enfermedad.
- Evaluación de resultado e impacto

El impacto del Programa será estimado en base a mejorar el acceso que tengan las comunidades al diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad, ya que se trata de un problema de salud pública que afecta sobre todo a las comunidades rurales, resultando necesario descentralizar el diagnóstico y tratamiento; asimismo la no presencia de complicaciones como Leishmaniasis mucocutanea puede ser un indicador de la efectividad del programa.

Con actividades de información, educación y comunicación sobre las medidas de prevención y control dirigidos a la comunidad y mantenidos durante cinco años, sería posible llegar disminuir la transmisión de la enfermedad sobre todo en grupos de riesgo en áreas de mayor transmisión en el País. Dado que el vector de esta enfermedad es de hábitos silvestres; resulta difícil eliminarlo y no sería posible evaluar el impacto del programa en base a esta situación.

Actualización con línea de base.- La línea de base establecida corresponde al registro de casos anuales proporcionado por el sistema regular de vigilancia epidemiológica del MSP; se espera que se mejore el registro cuando entren a funcionar la red de laboratoristas del SNEM; lo que podría inicialmente incrementar la incidencia de la enfermedad; no obstante las comunidades se verán beneficiadas con el diagnóstico y tratamiento rápido de la enfermedad.

De manera resumida, la vigilancia epidemiológica y el control de la Leishmaniasis, deben estar orientadas a la detección oportuna de casos así como al estudio permanente de focos de transmisión que permitan tener información técnicamente confiable para la implementación de acciones de prevención y control, así como al seguimiento y evaluación de las mismas.

Se espera que con la adecuada implementación del Programa de Leishmaniasis, podamos proporcionar beneficio social, principalmente a la población del sector rural con problemas de pobreza y dificultades de accesibilidad geográfica; mejorar la oferta de servicios de salud para las comunidades con mayores niveles de transmisión, garantizándoles el diagnóstico y tratamiento gratuito así como la ejecución de medidas de prevención y control vectorial, conocer la verdadera magnitud de este problema de Salud Pública, además de promover la participación intra, intersectorial y de las comunidades afectadas; permitiendo la optimización de los recursos en concordancia con los objetivos estratégicos del Ministerio de Salud Pública que hacen referencia a la prevención y control de las enfermedades de alto impacto epidemiológico, social y económico así como mejorar el acceso con equidad a los servicios y programas de salud en especial a la población más pobre.

Chagas.- Es un problema de salud pública, considerado por la OPS/OMS como la cuarta causa de muerte en América Latina. Actualmente el Ecuador presenta infestación en las tres regiones continentales (Costa, Sierra y Amazonía), el riesgo de transmisión es alto y constituye en su etapa aguda, riesgo de muerte para los niños menores de 15 años.

1997.- Ecuador signatario de convenios internacionales. Se crea la Iniciativa de los Países Andinos, IPA cuyo principal objetivo es la eliminación de la transmisión vectorial y transfusional de la Enfermedad de Chagas en la Región (Venezuela, Colombia, Ecuador y Perú).

1998.- 51ª Asamblea Mundial de la Salud, aprobó la Resolución 51.14 de alcanzar el compromiso de eliminar la transmisión vectorial y transfusional de la Enfermedad de Chagas para fines del año 2010 y pidió a los estados miembros con poblaciones todavía

afectadas, determinar con precisión la extensión en particular, la distribución y comportamiento de los vectores implicados en su transmisión.

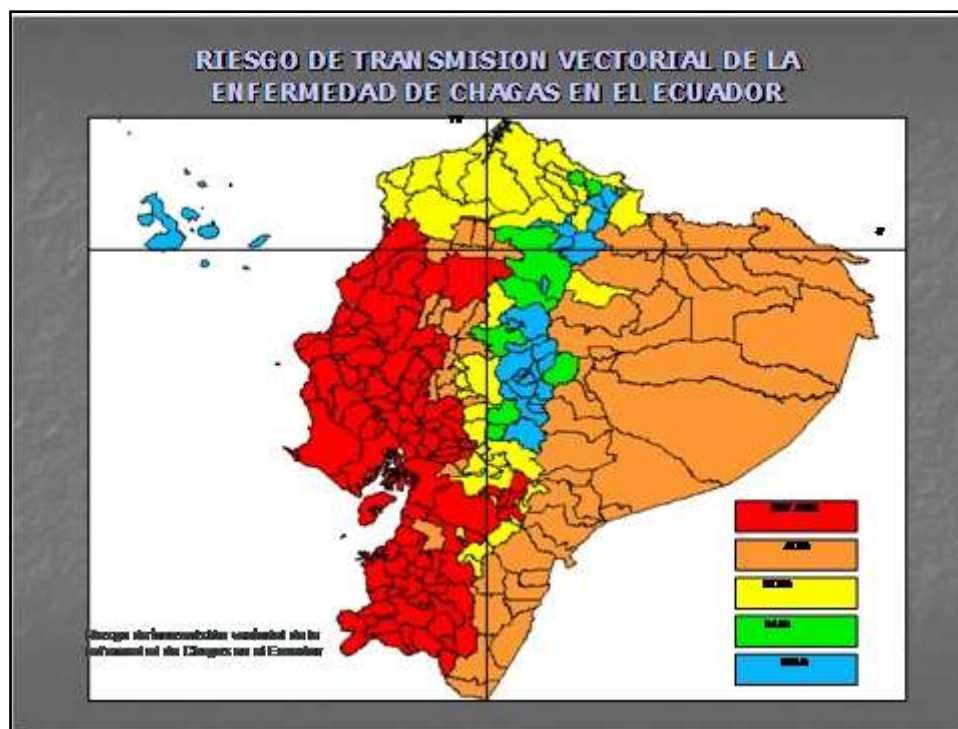
2003.- En consecuencia, se crea en Ecuador, el 31 de octubre del 2003 (Acuerdo Ministerial N° 0632), el Programa Nacional de Control y Vigilancia de la Enfermedad de Chagas, para controlar esta enfermedad endémica en todo el país excepto en la provincia de Galápagos (en la cual se realiza únicamente control transfusional).

Actividades.-Las acciones emprendidas de Vigilancia Epidemiológica y Entomológica, se vienen ejecutando en forma sistemática en las provincias de mayor riesgo, como Manabí, Guayas, Los Ríos, Santo Domingo de los Tsáchilas y en provincias amazónicas como Sucumbíos y Orellana, las que junto a El Oro, Loja y Zamora Chinchipe, conforman el Cordón Fronterizo Sur; actividades que se han articulado con las dependencias del Ministerio de Salud Pública, para poder participar en forma conjunta todos los responsables de la preservación de la salud de la comunidad, así tenemos equipos de las Áreas de Salud, INH, SNEM, ONG, gobiernos seccionales y comunidad.

El Programa de Control de Chagas, al realizar actividades de Control, Monitoreo, Evaluación, Vigilancia Epidemiológica y Entomológica, interrelaciona estas estrategias y acciones conjuntas, previniendo también enfermedades como el Dengue, Peste Bubónica y Malaria, etc., lo que permite optimizar el buen uso de los recursos y lograr que las acciones no solo estén dirigidas a una sola patología, contribuyendo a elevar la calidad de salud de la población

Las zonas de riesgo en el país abarcan 20 provincias y de los 8.4 millones de personas que viven en esas zonas, alrededor de 3 millones 500.000 habitantes son especialmente vulnerables debido a las características de sus viviendas o a su situación económica.

Figura 13. Riesgo de Transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas



Fuente: SNEM Zona V

La Enfermedad.- Es causada por el parásito *Tripanosoma cruzi* transmitido a los seres humanos por insectos conocidos como triatominos (chinchorros): cuando éstos pican, al mismo tiempo defecan sobre la piel de las personas, que al rascarse facilitan la entrada del parásito a su organismo

La enfermedad aguda generalmente se observa en los niños, en tanto que las manifestaciones crónicas irreversibles por lo común aparecen en etapas posteriores de la vida.

Figura 14. *Triatoma Dimidiata*



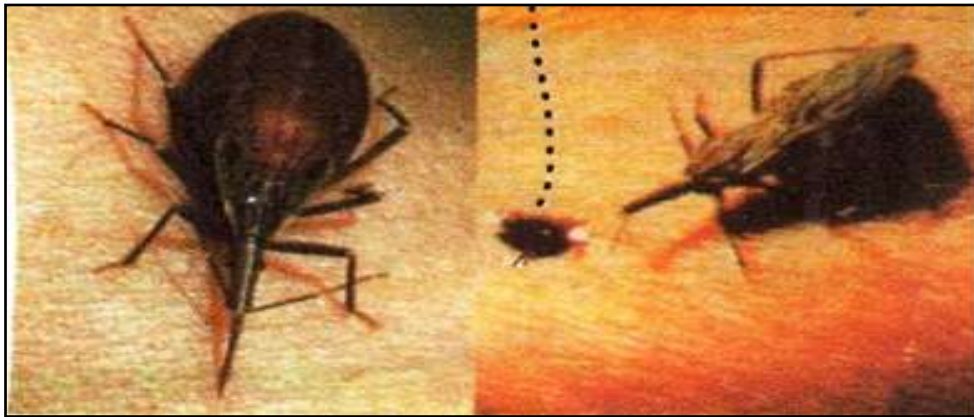
Fuente: www.who.int

Modo de transmisión.- Los vectores infectados (chinchorros) excretan parásitos (tripanosomas) con sus heces.

Estos insectos defecan durante la succión de sangre que generalmente ocurre en horas de la noche; la infección en el ser humano y en otros mamíferos se produce cuando las heces recién excretadas por los vectores (chinchorros), que al rascarse facilitan la entrada del parásito a su organismo y contaminan la conjuntiva ocular, las membranas mucosas, las abrasiones o heridas en la piel (incluido el sitio de la picadura).

Los chinchorros se infectan cuando se alimentan con sangre de una persona o animal infectado con el parásito (parasitemia); los parásitos se multiplican en su intestino.

Figura 15. Los Chinchorros



Fuente: www.who.int

Sintomatología:

Período de incubación.- De 7 a 10 días en caso de contaminación vectorial y de 20 a 40 días en casos de transmisión por transfusiones de sangre.

Fase Aguda.- 2 a 4 meses. Se caracteriza por presentar parasitemia (*T. cruzi* en sangre) relativamente alta, a menudo acompañada de fiebre, hepato-esplenomegalia, edema generalizado, inflamación de ganglios, alteraciones cardíacas leves (miocarditis aguda). Una complicación grave en la etapa aguda es la meningoencefalitis, que aparece también en niños menores de 2 años. El cuadro clínico consiste en convulsiones con o sin fiebre. La mortalidad en estos casos puede llegar al 50%.

Fase Indeterminada. – Se caracteriza por la ausencia de síntomas, puede durar varios años 10 a 20 ó indefinidamente. El electrocardiograma es normal. Las pruebas serológicas son positivas. La parasitemia puede ser detectada por xenodiagnóstico en el 20 al 60% de los casos. Constituyen el reservorio de la infección y mantienen el ciclo vital del parásito.

Fase Crónica. – Se puede presentar de 10 a 20 años después de la fase aguda.

Forma Cardíaca.- palpitaciones, mareos, disnea, dolor precordial. Síndromes de las arritmias, síndrome de la insuficiencia cardíaca y síndrome tromboembólico.

Forma Digestiva.- Síndrome de megacolon y síndrome de megaesófago y finalmente la **Forma Neurológica.**

La gran mayoría de los individuos adquiere la infección silenciosamente, sin que se presenten síntomas evidentes de que la ha contraído. Sin embargo en ocasiones se puede presentar: Malestar general; Fiebre o calentura; Escalofríos; Ganglios inflamados; Falta de apetito, Sólo un 5% de los infectados -habitualmente niños menores de 5 años- presenta algún signo evidente, siendo el más frecuente y en algunos casos el Signo de Romaña que es una inflamación de ambos párpados de un solo ojo, que no duele, sin pus, con malestar general y calentura. Desaparece de forma natural 4 a 6 semanas después.

Figura 16. Síntomas del Chagas



Fuente: www.who.int

Diagnóstico.- El procedimiento diagnóstico, es la demostración del agente causal durante la fase aguda de la enfermedad de Chagas.

Esto casi brinda un resultado positivo y se puede lograr por:

Examen microscópico:

- a) de sangre fresca sin anticoagulante, o examen de la capa blanca para buscar parásitos móviles; y
- b) frotis sanguíneo delgado teñido con Giemsa, para observar los parásitos.

Entre las diversas pruebas serológicas disponibles para el diagnóstico están la inmunofluorescencia indirecta (IFI), la hemoaglutinación indirecta (HAI) y las pruebas enzimáticas de ELISA.

Se recomienda el empleo de al menos, dos pruebas serológicas para confirmar.

Figura 17. Vista del examen microscópico



Fuente: www.who.int

Prevención.- Educar a la población respecto al modo de transmisión y los métodos de prevención.

Atacar sistemáticamente a los vectores que infestan las casas mal construidas y con techos de material vegetal (cade, palma), mediante el uso de insecticidas (rociado).

Mejorar las viviendas de manera que se eliminen los sitios donde puedan esconderse los insectos vectores. (Ver Anexo III)

Usar mosquiteros sobre las camas, de preferencia impregnados con insecticida, en las casas infestadas con el vector.

Figura 18. Prevención en Viviendas



Fuente: SNEM Zona V

Tratamiento.- El tratamiento tripanosomicida es el indicado para los pacientes que sufren de enfermedad de Chagas aguda, la mayoría de los cuales son jóvenes y por tanto toleran mejor que los adultos, los efectos colaterales de los fármacos empleados. El medicamento utilizado es el Nifurtimox.

Cuadro 9. Número de Casos y Tasas de Incidencia de Tripanosomiasis Americana (Chagas) en Ecuador por provincias

NUMERO DE CASOS Y TASAS DE INCIDENCIA ANUAL DE TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (CHAGAS) SEGÚN PROVINCIAS Y REGIONES - ECUADOR 1997 -2007																						
PROVINCIA	AÑO 1997		AÑO 1998		AÑO 1999		AÑO 2000		AÑO 2001		AÑO 2002		AÑO 2003		AÑO 2004		AÑO 2005		AÑO 2006		AÑO 2007	
	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS
AZUAY													1	0,16	2	0,31						
BOLIVAR									1	0,58												
CARCHI																						
CAÑAR																						
CHIMBORAZO																						
COTOPAXI													2	0,54								
EL ORO	5	0,95	1	0,19	5	0,91	6	1,07	9	1,67	4	0,73	9	1,61	2	0,35			6	1,01	6	0,99
ESMERALDAS																			3	0,70		
GALAPAGOS																						
GUAYAS	2	0,06	5	0,15			1	0,03	1	0,03	5	0,15	1	0,03	10	0,29	4	0,11			1	0,03
IMBABURA									15	4,27			2	0,55			2	0,53				
LOJA	2	0,48			6	1,41			1	0,24											5	1,15
LOS RIOS									7	1,05											1	0,13
MANABI																	4	0,31	1	0,08	13	0,99
MORONA											2	1,64										
NAPO							1	1,18													1	1,04
PASTAZA																						
PICHINCHA													3	0,12			1	0,04				
SUCUMBIOS			6	4,48	6	4,31			2	1,50	1	0,74	7	4,96	8	5,43			10	6,35	10	6,12
TUNGURAHUA																						
ZAMORA																						
ORELLANA																						
TOTAL	9	0,08	12	0,1	17	0,14	8	0,06	36	0,29	12	0,09	25	0,19	22	0,17	11	0,08	20	0,15	37	0,27

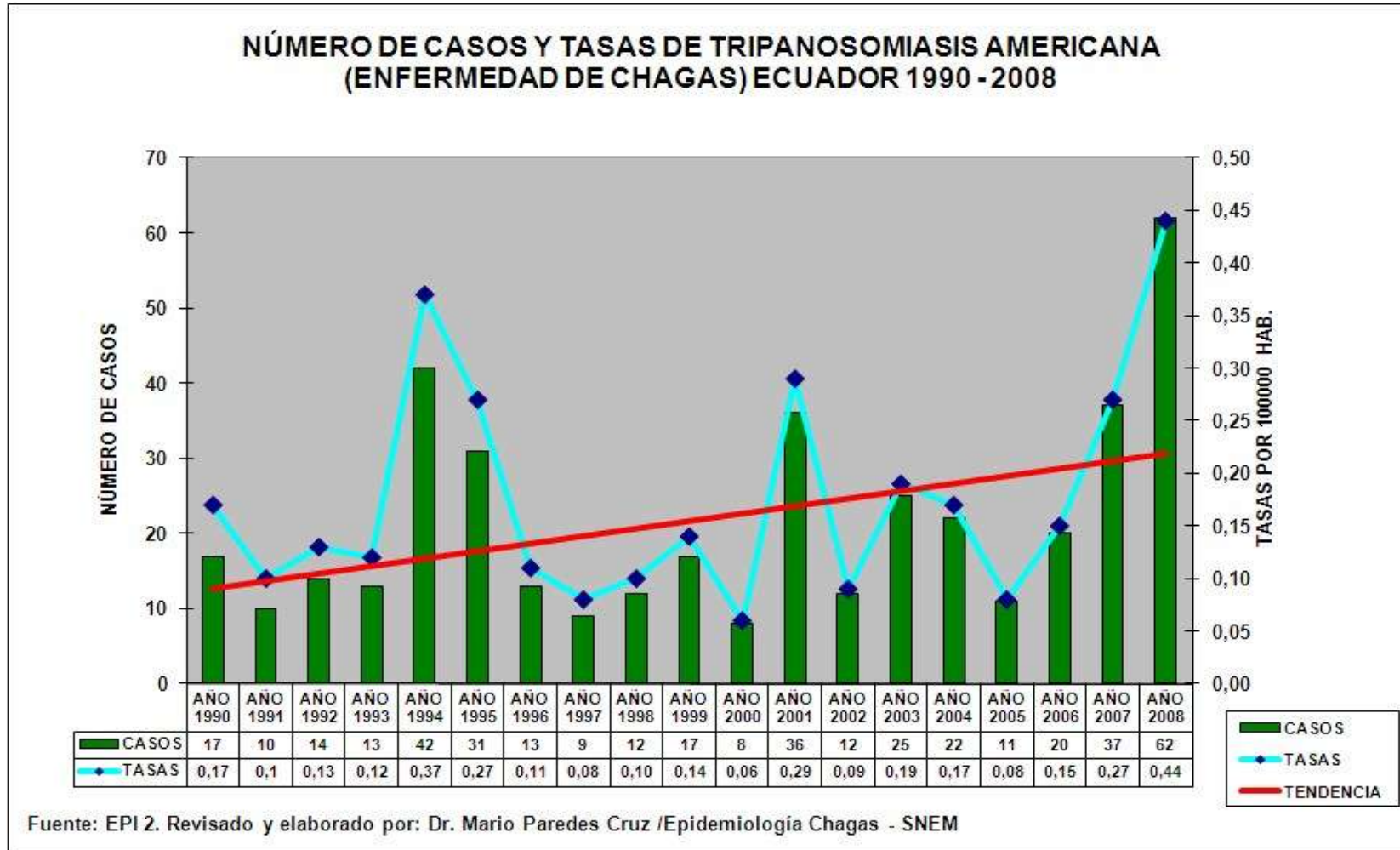
Fuente: EPI 2. Revisado por Dr. Mario Paredes Cruz / Epidemiología Chagas - SNEM

Cuadro 10. Número de Casos y Tasas de Incidencia de Tripanosomiasis Americana (Chagas) en Ecuador por regiones

NUMERO DE CASOS Y TASAS DE INCIDENCIA ANUAL ACUMULADA DE TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (CHAGAS) SEGÚN REGIONES DEL ECUADOR: 1997 - 2007																						
REGIONES	AÑO 1997		AÑO 1998		AÑO 1999		AÑO 2000		AÑO 2001		AÑO 2002		AÑO 2003		AÑO 2004		AÑO 2005		AÑO 2006		AÑO 2007	
	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS
T. SIERRA	2	0,04			8	0,11			17	0,30			8	0,14	2	0,03	3	0,05			5	0,08
T. COSTA	7	0,12	6	0,10	5	0,08	7	0,11	17	0,27	9	0,14	10	0,16	12	0,19	8	0,12	10	0,15	21	0,31
T. AMAZONIA			6	1,04	6	0,90	1	0,16	2	0,35	3	0,52	7	1,18	8	1,31			10	1,55	11	1,66
T. INSULAR															0,17							
T. PAÍS	9	0,08	12	0,10	17	0,14	8	0,06	36	0,29	12	0,09	25	0,19	22	0,17	11	0,08	20	0,15	37	0,27

Fuente: EPI 2. Revisado por Dr. Mario Paredes Cruz / Epidemiología Chagas - SNEM

Figura 19. Número de Casos y Tasas de Incidencia de Tripanosomiasis Americana (Chagas) en Ecuador



Fuente: EPI 2. Revisado por Dr. Mario Paredes Cruz / Epidemiología Chagas - SNEM

Situación Actual de la Zona V Los Ríos

➤ Análisis DAFO

Cuadro 11. Análisis DAFO

FORTALEZAS	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Personal motivado para el desarrollo de actividades. ✓ Presencia de personal Profesional en zonas alejadas que permite el monitoreo. ✓ Disponibilidad de personal para mejora en la atención del paciente ✓ Abastecimiento con medicamentos para tratamiento e insumos de laboratorio. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Idiosincrasia de la población. ✓ Difícil inaccesibilidad geográfica que dificulta el traslado de muestra. ✓ Factores Climatológicos desfavorables ✓ Migración constante de la Población.
DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Infraestructura inadecuada de los Servicios de salud para la atención de pacientes y laboratorios. ✓ Rotación Constante de personal. ✓ Escaso presupuesto para desarrollo de actividades como reuniones técnicas de capacitación y supervisiones. ✓ Falta de presupuesto para el apoyo diagnóstico en pacientes indigentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Financiamiento del Gobierno y afines ✓ Población sensibilizada

Fuente: SNEM Zona V Los Rios

Cuadro 12. Estrategias del Análisis DAFO

Observaciones
<i>Estrategias F. O.</i>
<p>Explotar el Liderazgo para fortalecer el cambio organizacional.</p> <p>Mejorar las coberturas en las zonas influenciadas.</p> <p>Difundir la decisión del cambio institucional, mayor comunicación entre los mandos medios y altos.</p> <p>Optimizar los recursos-económicos, considerando programas de capacitación al personal.</p>
<i>Estrategias F. A.</i>
<p>Aprovechar la capacidad técnica de los profesionales para llegar a los sitios de influencia, comunidad urbano marginal, con brigadas de prevención y concienciación.</p> <p>Fortalecimiento a programas de capacitación para eliminar la falta de interés y participación</p> <p>Ejercer liderazgo participativo para incorporar a los profesores, estudiantes y trabajadores en la Capacitación.</p> <p>Fomentar la creación de nuevos proyectos de Servicio a la comunidad de sobre el manejo de reservorios y uso racional de insecticidas.</p>
<i>Estrategias D. A.</i>
<p>Fortalecer la fiscalización a través de auditorías internas para demostrar la transparencia administrativa y económica.</p> <p>Incrementar planes y programas con la participación de usuarios internos para despejar dudas. Medicina preventiva a nivel comunitario</p> <p>Determinar sistemas de monitoreo evaluación del desempeño laboral para mejorar la calidad de atención.</p> <p>Elaborar normas de salud y seguridad ocupacional</p> <p>Conformar el comité de salud y seguridad ocupacional.</p> <p>Conformar el comité bio-ético.</p> <p>Crear manuales de procedimientos.</p>
<i>Estrategias D. O.</i>
<p>Consolidar el apoyo de la sociedad civil organizada, autoridades centrales del MSP, SNEM para implementar el cambio organizacional.</p> <p>Aprovechar los recursos asignados para regular reingeniería de los procesos de atención incluyendo la capacitación de los talentos humanos para mejorar los servicios de calidad.</p>

Fuente: SNEM Zona V Los Ríos.

9.2. Marco Referencial

Para determinar el estado del arte de la presente investigación es importante realizar la exploración en distintas fuentes sobre la evolución de los conceptos y procedimientos de La Gestión de Calidad del Servicio, con la finalidad de determinar una línea base que oriente las siguientes fases del proceso investigativo.

Según **Morales Casetti** MarjorieLiz(2011) de la FLACSO México previo a conferirse el título de Doctor en Investigación en Ciencias Sociales en su tesis elaborada con el tema de “La calidad de los servicios públicos en Chile” llegó a las siguientes conclusiones:

- Que un buen gobierno es aquel que ejecuta sus recursos de manera eficiente contribuyendo a una mejora en el bienestar social, y por tanto que la calidad de las instituciones del gobierno puede ser valorada a través de la eficiencia con que ejecutan los recursos que les son asignados.
- Fortalecer la coordinación de los departamentos que deben trabajar orientadas hacia resultados; los mecanismos de seguimiento y control de gestión deben ser fortalecidos, estableciendo metas de gobierno conjunto y aplicando acciones correctivas cuando sea necesario. Por otro lado, la separación funcional entre el diseño y ejecución de políticas no puede ir en desmedro de la Dirección Vertical, para implementar políticas intersectoriales coordinadas.
- El recurso humano debe continuar profesionalizando el servicio público, promover la movilidad horizontal al interior del aparato público; y extender el sistema de alta dirección pública a los gobiernos subnacionales.
- Incorporar a los ciudadanos en los procesos de políticas públicas y en la definición de objetivos de las instituciones a partir de los cuales se elaborarán los indicadores de desempeño.

Para el desarrollo del presente trabajo se ha encontrado la siguiente investigación; de la Universidad Técnica De Ambato, Facultad De Contabilidad y Auditoría, Centro de Estudios de Posgrado; para la obtención del título de Magister en Auditoría

Gubernamental con el tema “Sistema de Gestión de Calidad y la Satisfacción de los Usuarios del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Saquisilí”; de Ing. Mireya Lorena Álvarez Freire (2012); quien llegó a las siguientes conclusiones:

- Un cambio en el modelo de gestión, mediante la cual asegura la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus clientes, para lo cual deberá planificar, mantener y mejorar continuamente el desempeño de sus procesos, bajo un esquema de eficiencia, eficacia, equidad y transparencia.
- Elevar el grado de difusión y socializar los resultados de la gestión municipal, a través de asambleas y/o medios de comunicación, para que la comunidad conozca y evalúen las actividades ejecutadas por parte del cabildo municipal.
- Asignar mayores recursos en obras primordiales como agua potable, alcantarillado y recolección de basura a fin de satisfacer en mayor grado a la colectividad.
- Instruir y capacitar constantemente a los servidores para que brinden un servicio de calidad y calidez a los usuarios que demandan atención ágil y oportuna.
- Promover la participación ciudadana con propuestas concretas para impulsar el desarrollo y compromiso con una gestión eficaz y transparente.

9.3. Marco Legal

La Constitución de la República aprobada en septiembre de 2008, en los artículos siguientes expresa:

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

Art. 360.- “El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base

en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.”

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. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 establece:

Objetivo 3 Mejorar la calidad de vida de la población:

Política 3.1 Promover prácticas de vida saludable.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 12 Consolidar la transformación del Estado para el Buen Vivir

Política 12.2. Consolidar la nueva organización y rediseño institucional del Estado que recupere las capacidades estatales de rectoría, planificación, regulación, control, investigación y participación.

Política 12.3. Consolidar el modelo de gestión estatal articulado que profundice los procesos de descentralización y desconcentración y que promueva el desarrollo territorial equilibrado.

Política 12.4. Fomentar un servicio público eficiente y competente.

Política 12.5. Promover la gestión de servicios públicos de calidad, oportunos, continuos y de amplia cobertura y fortalecer los mecanismos de regulación.

Así los ejes de cambio en los que se enmarca el nuevo modelo de gestión presentes en la Constitución del Ecuador y en el Plan Nacional para el Buen Vivir son:

- El establecimiento de derechos individuales y colectivos para alcanzar la equidad e igualdad en el acceso a servicios de salud.
- La reafirmación del rol del MSP como autoridad sanitaria
- Garantizar la atención universal del sistema atendiendo a los saberes y prácticas ancestrales y de los diferentes pueblos y nacionalidades del Ecuador.
- Asegurar la gratuidad de los servicios de salud.

- Generar mecanismos de participación ciudadana para la planificación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en salud, así como para generar mecanismos de cogestión y promoción de la salud.

9.4. Postura Teórica

El estudio de la calidad ha vuelto al debate en torno a los procesos de modernización de Estado, al revelarse como una importante alternativa para fortalecer la legitimidad de los gobiernos por medio del rediseño de las instituciones, la mejora continua y el énfasis en un mayor rendimiento de las organizaciones.

Su incorporación definitiva se acompaña de la consolidación del paradigma de la nueva gestión pública, que facilita la difusión de valores institucionales para propiciar una nueva cultura administrativa y generar ventanas de oportunidad para la transformación de los procesos públicos.

Lograr una gestión pública de calidad implica enfocarla como una política transversal que se adopte como premisa fundamental del marco programático institucional, y se contemple encada una de las etapas de la gestión de servicios y atención de los usuarios, y que en esa medida se traduzca en nuevas pautas de interacción entre la gestión pública y los ciudadanos.

Constituye un reto fundamental superar los ejercicios aislados y pasar a la instrumentación de la calidad como política global, para impulsarla no solamente como estrategia de gestión interna, sino también como instrumento de innovación en la relación con los ciudadanos.

La calidad como principio de gestión en el Sector Público, es todavía muy reciente, por ello vale la pena insistir en su estudio como nueva rama de la Administración Pública; por medio del análisis de sus implicaciones teóricas y la sistematización de las experiencias que hoy existen en diferentes países y al interior de éstos, entre las diversas esferas de gobierno.

Al llamar la atención sobre un nuevo campo de estudio, avanzaremos hacia la mayor definición de las especificidades que la calidad adquiere cuando se incorpora dentro de la Gestión Pública.

No olvidemos que aquí, la calidad no es un fin en sí misma, sino un medio para proyectar un nuevo modelo de abordaje de los asuntos públicos, un cambio en la imagen de las Instituciones, nuevos valores de desempeño de los funcionarios y una relación distinta, fundada en la atención y en la eficiencia, entre la administración pública y los ciudadanos.

10. HIPÓTESIS Y VARIABLES

10.1. Hipótesis General

Determinando un sistema de gestión de calidad del servicio mejorará la consecución de los objetivos institucionales del SNEM Zona V Los Ríos, Año 2012.

10.2. Sub-Hipótesis

- El diagnóstico de la situación actual de la gestión permitirá conocer la calidad de los servicios en la Zona V Los Ríos SNEM.
- El diseño y ejecución de un programa de Gestión de Calidad en los servicios mejorará la consecución de los objetivos institucionales.
- La evaluación del programa de Gestión de Calidad de los servicios advertirá el grado de cumplimiento de los objetivos institucionales de la Zona V Los Ríos.

10.3. Variables

- Variable Independiente

El Sistema de Gestión de Calidad del Servicio

- Variable Dependiente

Influencia en los Objetivos Institucionales

10.4. Operacionalización de las Variables

Cuadro 13. Operacionalización de las Variables

Hipótesis	Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Ítems para los Indicadores	Técnica Instrumento
Determinando un sistema de gestión de calidad del servicio influirá en la consecución de los objetivos institucionales del SNEM Zona V Los Ríos, Año 2012.	Variables Independientes Gestión de Calidad del Servicio	Es el conjunto de normas interrelacionadas de una empresa u organización por los cuales se administra de forma ordenada la calidad de la misma, en la búsqueda de la satisfacción de sus clientes.	Calidad intrínseca	Disponibilidad de medicamentos.	¿Le dotaron de la medicación?	Encuesta Cuestionario
			Costo	Costo/Beneficio del servicio.	¿El gasto en materiales es suficiente?	Encuesta Cuestionario
			Atención	Atención médica oportuna	¿Le atendieron de forma ágil?	Encuesta Cuestionario
			Motivación de funcionarios	Nivel de ausentismo del personal	¿Por que motivos se ausenta a laborar?	Encuesta Cuestionario
			Seguridad	Infraestructura y limpieza adecuada	¿La higiene del SNEM es adecuada?	Encuesta Cuestionario
	Variables Dependientes Incidencia en los Objetivos Institucionales	Consiste en un resultado preciso que se debe alcanzar en un plazo determinado.	Control	Nivel de proliferación de larvas y mosquitos	¿Se cumple con los cronogramas de trabajo establecidos en cada programa?	Encuesta Cuestionario
			Vigilancia	Construcción del canal endémico epidemiológico.	¿Se promueva campañas de prevención de enfermedades vectoriales?	Encuesta Cuestionario

Fuente: Investigación de Campo

11. MARCO METODOLÓGICOS

11.1. Tipos de Investigación

Por el propósito: Aplicada, porque sirve para resolver el problema y sub-problemas del presente trabajo.

Por el nivel: El estudio es netamente descriptivo porque se va a concluir, mediante observaciones minuciosas descripciones las características que tienen los usuarios de la Zona V Los Ríos y de esta manera diseñar programas preventivos para el Control vectorial de la población como consecuencia de la gestión de calidad de los servicios orientado a disminuir los casos de enfermedades vectoriales.

Por el lugar: La investigación es de campo por el estudio de los hechos se dio en el lugar mismo donde surgieron, debido a que los datos obtenidos fueron propios de la fuente donde se desarrollan los eventos y procesos, tomando contacto directo con la realidad que se investigó.

Por el Origen: Realizamos una consulta bibliográfica para la construcción de la pasada investigación con el propósito de conocer las aportaciones científicas sobre los temas que se han investigado, teniendo documentos tales como: libros y tesis de grado realizadas anteriormente.

Por la dimensión Temporal: Se lo conoce transversal o también como transeccional, pues éstos recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único.

Por el tiempo de Ocurrencia: Retrospectiva al iniciar el estudio en febrero del 2011 con la conformación y reuniones iniciales de grupo y elección del tema, y; Prospectiva en septiembre del 2012 culmina con la redacción definitiva del tema.

11.2. La Población y La Muestra

11.2.1. Características de la Población

- De los 778.115 habitantes registrados en la provincia de Los Ríos, durante el censo poblacional del 2010, el 35,1% es de etnia montubia. El Ecuador tiene el 7,4% de población montubia, es la segunda etnia del país después de la mestiza, de acuerdo

con el censo. Es una provincia de gente pujante, emprendedora, que ha demostrado a la sociedad sus capacidades y es la cuarta provincia en cuanto a población.

Durante el registro censal del 2010, el 52,9% de los pobladores fluminenses se autodefinió mestizo, el 6,2% afroecuatoriano, el 5% blanco y el 0,6% indígena. Además, que el sector agropecuario de Los Ríos aporta con el 17% a la producción nacional, siendo la segunda provincia de la Costa y tercera del país en contribuir con divisas provenientes de este sector.

En cuanto a rubros nacionales, el 97% de la soya se cultiva en Los Ríos, el 39% de banano, el 55% de maíz, el 78% de maracuyá, el 42% de arroz, el 24% de cacao... Es decir, nuestra provincia contribuye de una manera generosa al desarrollo de nuestra Patria. El potencial hídrico y las buenas condiciones climáticas favorecen a la actividad agrícola en la provincia.

- De los 42.649 habitantes registrados en los cantones de Caluma, Chillanes, Echeandía de la provincia de Bolívar, su economía se basa en la ganadería sobresale la producción de ganado bovino de doble propósito y los porcinos; los primeros han convertido al cantón como una de las zonas más ganaderas de la provincia.

El aprovechamiento del potencial de recursos naturales y recursos agros productivos, a través de los cuales se puedan implantar e incorporar proyectos articulados de ecoturismo a escala local y regional, son muchos de los grandes aspectos que los cantones tienen potencialmente por explotarse.

En los cantones existen varios atractivos turísticos de importancia que pueden ser gestionados y administrados como empresas turísticas; entre sus atractivos más importantes tenemos: La Cascada de Chazojuan, Poza Las Dos Bocas, Sendero ecológico Los Laureles, Aguas termales de Sabanetillas. Las posibilidades de un desarrollo turístico a escala en la actualidad se ven favorecidas por el buen estado de la vía de comunicación hacia la costa.

Existen algunas pequeñas iniciativas agroindustriales, entre las que sobresale el procesamiento de la caña de azúcar, cacao para la obtención de chocolate y otros productos de ciclo corto. En cuanto a la artesanía sobresalen la carpintería, mueblería y

la fabricación de carrocerías de madera, así como pequeñas unidades de metal mecánica.

La producción agropecuaria en el cantón se ve favorecida por las excelentes condiciones ambientales, para la producción exuberante y variada de productos subtropicales, situación que también es favorecida por la gran cantidad de recursos naturales, sobre todo hídricos que el territorio posee.

- De los 42216 habitantes registrados en el Cantón La Maná de la Provincia de Cotopaxi, en su mayoría se dedican al comercio y a la agricultura; mientras, otro grupo muy importante obtiene sus principales ingresos económicos a partir del turismo. En cuanto a Estero Hondo la población se dedica al turismo, ya que este lugar reúne características muy particulares debido a su ubicación geográfica, sin embargo, si bien la afluencia de turistas ayuda a la generación de riqueza; también causa impactos sobre los recursos naturales: suelo, agua, flora y fauna.

Otra característica en Estero Hondo se halla la Planta Envasadora Splend'OR., que está afectando la calidad de aire debido a la utilización de diesel para la producción de energía; así como también, la contaminación en los efluentes originando problemas a nivel biofísico, social y ambiental. A estos factores se suman las actividades agrícolas y pecuarias existentes en la zona.

11.2.2. Delimitación de la Población

Tiempo: Año 2012

Espacio: Servicio Nacional de Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos – SNEM Zona V Los Ríos.

Universo o Población:

- Usuarios del SNEM habitantes de la Provincia de Los Ríos, Sub-trópicos de la Provincia de Bolívar (Caluma, Chillanes, Echeandía), y, Sub-trópicos de la Provincia de Cotopaxi: La Mana.
- Empleados del SNEM

11.2.3. Tamaño de la Muestra

La muestra es No Probabilística por ser la población beneficiaria de la Zona V muy amplia se selecciona a los habitantes de la Ciudad de Babahoyo de la cual obtendremos una muestra aleatoria simple utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Npq}{\frac{(N-1)E^2}{z^2} + pq}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra.

N = Tamaño de la población.

p = Posibilidad de que ocurra un evento, p=0.5

q = Posibilidad de no ocurrencia de un evento, q=0.5

E = Error, se considera el 5%; E= 0.05

Z = Nivel de confianza, que para el 95%, Z= 1.96

$$n = \frac{76869(0.25)}{\frac{(76869-1)0.05^2}{1.96^2} + 0.25} \quad n = \frac{19217.3}{98.2}$$

$$n = 196 \text{ encuestados}$$

La muestra es Probabilística aleatoria para los empleados del SNEM la Zona V que tienen las mismas posibilidades de ser elegidos para la encuesta como cliente interno. Utilizando la fórmula anterior de población finita tenemos donde N= 134, obtenemos que n = 96 encuestados. Así:

$$n = \frac{134(0.25)}{\frac{(134-1)0.05^2}{1.96^2} + 0.25} \quad n = \frac{33.5}{0.3365}$$

$$n = 96 \text{ encuestados}$$

11.3. Los Métodos y Las Técnicas

11.3.1. Métodos Teóricos

Inductivo.- Según los temas investigados y relacionados con el proyecto se analizarán específicamente lo concerniente al expendio de nuestro producto; a partir de este análisis se logra establecer las demás áreas que serán beneficiados en la aplicación de estos conceptos.

Deductivo.- Mediante este método analizaremos cualquier tipo de problemas que se nos presente durante nuestra investigación.

Estadístico.- Este método lo utilizaremos para tabular las respuestas de nuestra muestra aleatoria en base a los resultados de las mismas.

11.3.2. Métodos Empíricos

Observación Directa.- Mediante este método vamos a conocer los problemas y debilidades que pueden presentarse dentro del estudio de mercado que estamos realizando. Además se utilizará la observación directa, como procedimiento de obtención de información como: oferta, demanda, calidad, servicios ofertados, imagen, eficacia y eficiencia institucional.

11.3.3. Técnicas e Instrumentos

Para la presente investigación utilizaremos la **Encuesta** para recoger información, puesto que el propósito es examinar sus características y obtener información sobre las actitudes, creencias y opiniones de los destinatarios del estudio en nuestro caso los usuarios y otra dirigida al personal del SNEM Zona V, para ello se utilizará como instrumento un **Cuestionario** semiestructurado que se administrada por sí mismo en cada caso.

El Cuestionario para la Encuesta a Clientes Externos, denominado “Gestión de Calidad en el Servicio de Prevención de Enfermedades Vectoriales”, está compuesto por 7 preguntas cerradas Poliopcionales de selección simple (Ver Anexo I) como se ha

comentado anteriormente, el cual fue diseñado para la correcta atención al usuario y la consecución de los Objetivos Institucionales.

El Cuestionario para la Encuesta a Clientes Internos, denominado “Procedimientos Y Funciones según el rol en el SNEM Zona V”, está compuesto por 6 preguntas cerradas Poliopcionales de selección simple y 1 pregunta cerrada biopcional (Ver Anexo II), el cual fue diseñado para conocer su grado de preparación y actividades laborales.

La encuesta a los usuarios y empleados se la aplicó personalmente y de manera individual, teniendo en cuenta que la muestra la conforman los habitantes y personal de la Zona V Los Ríos .

11.4. Procesamiento Estadístico de la Información.

El análisis de datos será realizado en función de los objetivos específicos marcados, los cuales han sido agrupados en categorías. Así mismo, los datos referentes a cada objetivo han sido analizados primeramente respecto a los servicios ofrecidos en general, mediante un análisis descriptivo.

Manualmente se recogerá la información, se procederá a la clasificación, organización y posterior tabulación.

El proceso electromecánico se manipulará al momento de empezar el conteo con una sumadora de los resultados específicos de cada ítem que contiene la encuesta.

Para la tabulación de los datos se utiliza un proceso electrónico, hojas de cálculo del programa Microsoft Excel que facilita transformar la información en tablas.

Finalmente se analiza e interpreta la información y se redacta posteriormente los mismos que están basados en los resultados obtenidos a través de la investigación de campo.

12. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN

Luego de realizar la investigación correspondiente en base a encuestas tanto a los usuarios como a los empleados, se ha procedido a interpretar los resultados concernientes para tomar decisiones que beneficiaran a la institución a lo largo de su trayectoria administrativa.

12.1. Análisis e Interpretación de Datos

A raíz de la investigación realizada con la ayuda de encuestas a 196 ciudadanos y a 96 empleados se procede a interpretar los resultados de cada una de las preguntas planteadas, para de esta manera tomar decisiones que ayuden directamente a la superación de problemas encontrados en la gestión de calidad de la institución.

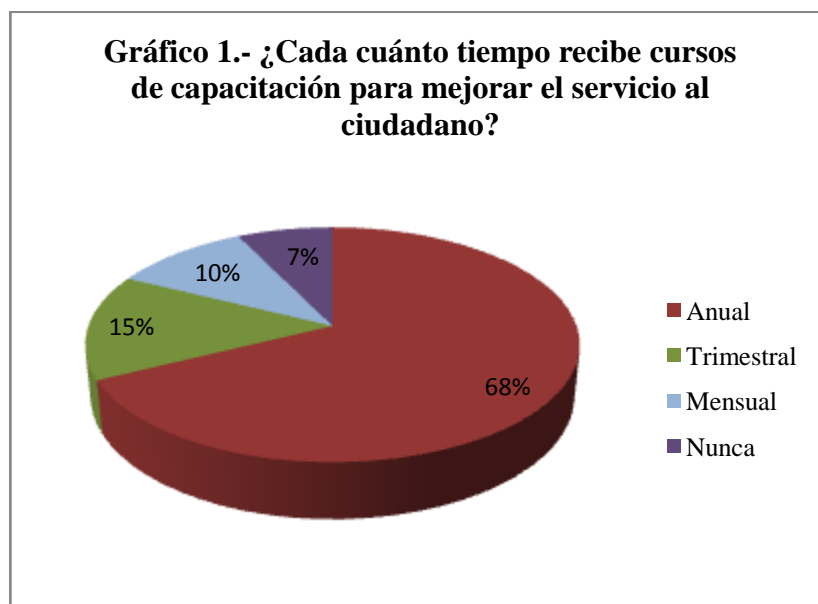
- **Encuesta a Cliente Interno o Empleados**

1. ¿Cada cuánto tiempo recibe cursos de capacitación para mejorar el servicio al ciudadano?

Tabla 1.- ¿Cada cuánto tiempo recibe cursos de capacitación para mejorar el servicio al ciudadano?		
Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Anual	65	68%
Trimestral	14	15%
Mensual	10	10%
Nunca	7	7%
Total	96	100%

Fuente: Encuesta a los Empleados de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez



Fuente: Encuesta a los Empleados de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez

Análisis e Interpretación:

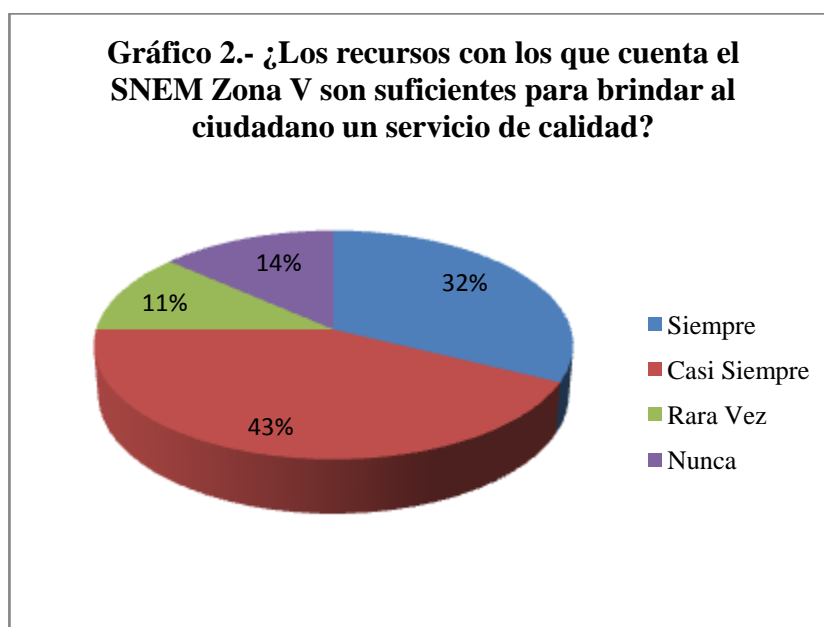
Podemos observar que los resultados obtenidos nos muestran que el 68% recibe capacitación una vez al año comprendiendo que este tipo de capacitación no es suficiente para mantener un personal altamente capacitado.

2. ¿Los recursos con los que cuenta el SNEM Zona V son suficientes para brindar al ciudadano un servicio de calidad?

Tabla 2.- ¿Los recursos con los que cuenta el SNEM Zona V son suficientes para brindar al ciudadano un servicio de calidad?		
Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Siempre	31	32%
Casi Siempre	41	43%
Rara Vez	11	11%
Nunca	13	14%
Total	96	100%

Fuente: Encuesta a los Empleados de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez



Fuente: Encuesta a los Empleados de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez

Análisis e Interpretación:

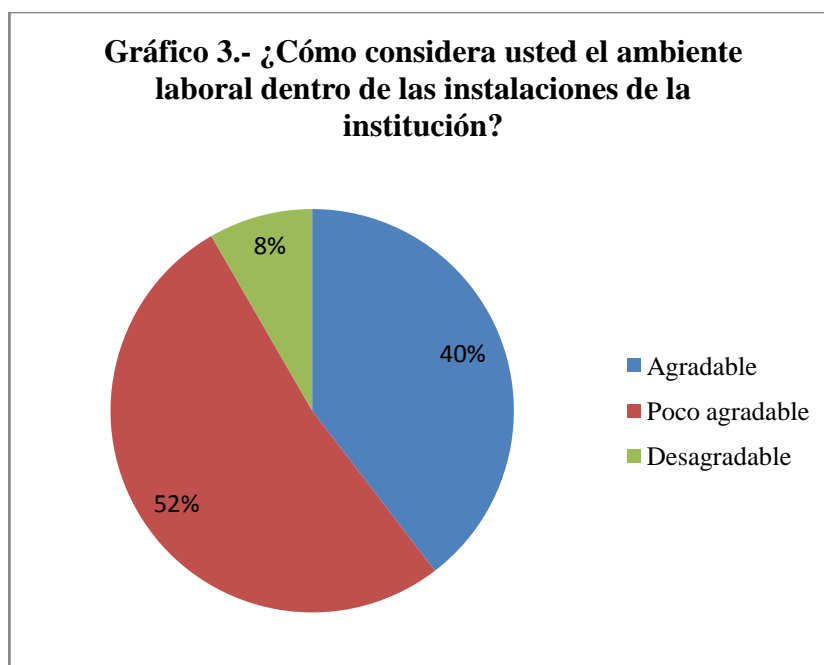
De acuerdo al 43% de los encuestados casi siempre los recursos son suficientes dejando un margen de inconformidad en la atención al usuario porque al momento de no contar con medicamento u otros materiales no será posible satisfacer la demanda en el momento oportuno.

3. ¿Cómo considera usted el ambiente laboral dentro de las instalaciones de la institución?

Tabla 3.- ¿Cómo considera usted el ambiente laboral dentro de las instalaciones de la institución?		
Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Agradable	38	40%
Poco agradable	50	52%
Desagradable	8	8%
Total	96	100%

Fuente: Encuesta a los Empleados de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez



Fuente: Encuesta a los Empleados de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez

Análisis e Interpretación:

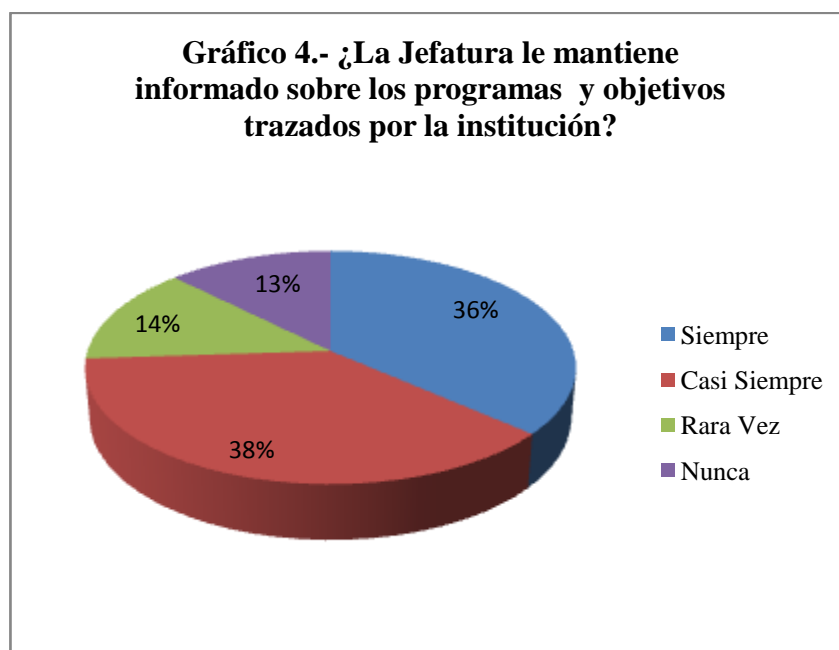
Podemos notar un índice de inconformidad en sus labores diarias donde el 52% ha manifestando estar en un ambiente poco agradable, esto ocasiona un estado de desmotivación en los empleados que imposibilita una buena relación con sus compañeros, superiores y usuarios limitando su óptimo desempeño.

4. ¿La Jefatura le mantiene informado sobre los programas y objetivos trazados por la institución?

Tabla 4.- ¿La Jefatura le mantiene informado sobre los programas y objetivos trazados por la institución?		
Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Siempre	35	36%
Casi Siempre	36	38%
Rara Vez	13	14%
Nunca	12	13%
Total	96	100%

Fuente: Encuesta a los Empleados de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez



Fuente: Encuesta a los Empleados de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez

Análisis e Interpretación:

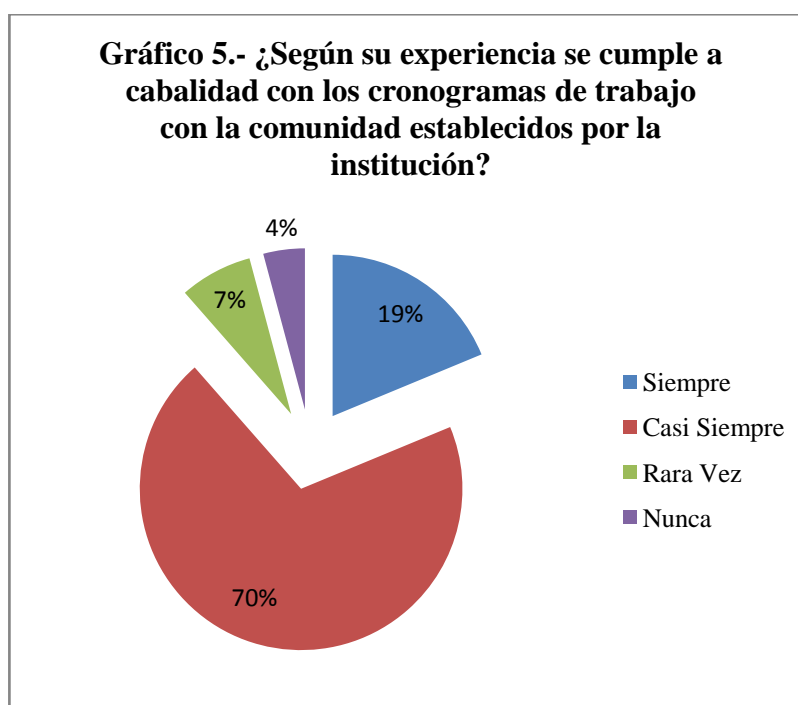
Un 38% de los encuestados indican que casi siempre le mantienen informado de los programas más no los objetivos en sí mismos trazados, por ello su trabajo se considera rutinario sin mayores resultados que creen un valor agregado a las operaciones existentes en el SNEM.

5. ¿Según su experiencia se cumple a cabalidad con los cronogramas de trabajo con la comunidad establecidos por la institución?

Tabla 5.- ¿Según su experiencia se cumple a cabalidad con los cronogramas de trabajo con la comunidad establecidos por la institución?		
Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Siempre	18	19%
Casi Siempre	67	70%
Rara Vez	7	7%
Nunca	4	4%
Total	96	100%

Fuente: Encuesta a los Empleados de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez



Fuente: Encuesta a los Empleados de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez

Análisis e Interpretación:

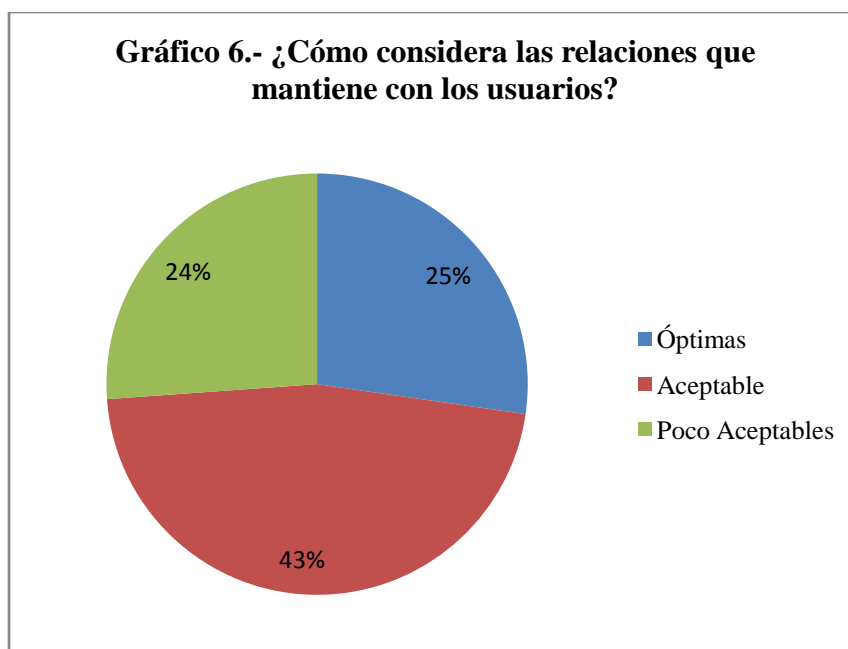
Por motivos ajenos a su conocimiento el 70% indica que casi siempre se cumple con los cronogramas presentando en los programas, retrasos que impiden cumplir en el tiempo establecido las estrategias o metas establecidas en cada programa de control vectorial.

6.- ¿Cómo considera las relaciones que mantiene con los usuarios?

Tabla 6.- ¿Cómo considera las relaciones que mantiene con los usuarios?		
Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Óptimas	24	25%
Aceptable	41	43%
Poco Aceptables	23	24%
Total	88	92%

Fuente: Encuesta a los Empleados de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez



Fuente: Encuesta a los Empleados de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez

Análisis e Interpretación:

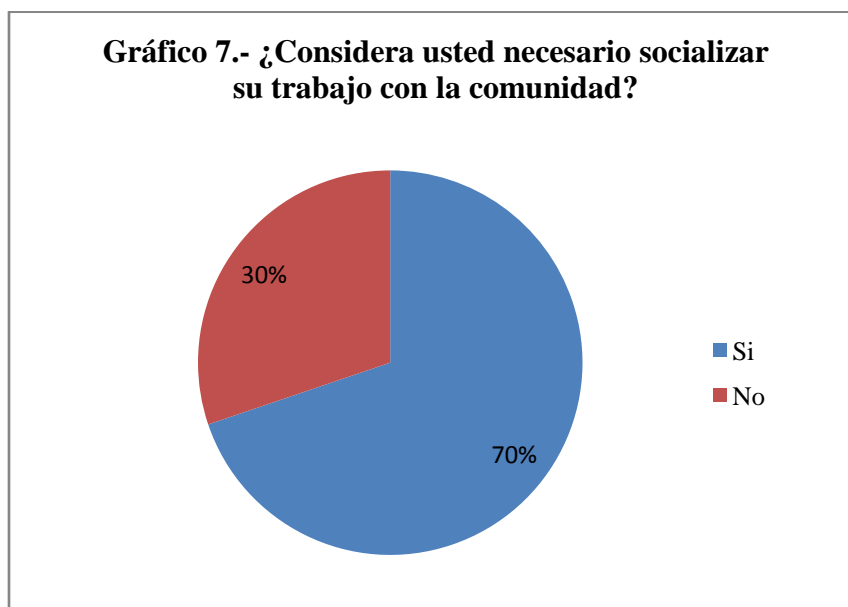
Los encuestados sean estos de oficina como de campo consideran en un 43% que su relación con los usuarios es aceptable, porque cuando existe la necesidad de brindar información la realizan sin mayores novedades, dejando entre ver que su relación es muy fría haciendo falta calidez en la atención para estar en un nivel óptimo de aceptación.

7.- ¿Considera usted necesario socializar su trabajo con la comunidad?

Tabla 7.- ¿Considera usted necesario socializar su trabajo con la comunidad?		
Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Si	67	70%
No	29	30%
Total	96	100%

Fuente: Encuesta a los Empleados de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez



Fuente: Encuesta a los Empleados de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez

Análisis e Interpretación:

Los encuestados en un 70% considera necesario socializar su trabajo con la comunidad, índice que muestra la predisposición de los empleados a mejorar sus relaciones con los usuarios y a cambiar formas de trabajo en beneficio de la comunidad en general.

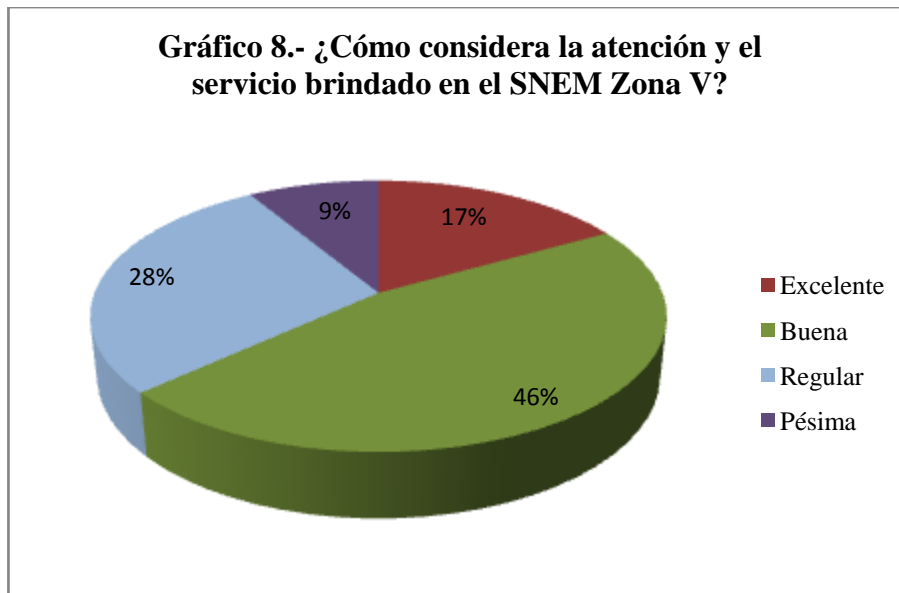
- **Encuesta Clientes Externo o Usuario:**

1.- ¿Cómo considera la atención y el servicio brindado en el SNEM Zona V?

Tabla 8. ¿Cómo considera la atención y el servicio brindado en el SNEM Zona V?		
Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Excelente	33	17%
Buena	91	46%
Regular	55	28%
Pésima	17	9%
Total	196	100%

Fuente: Encuesta a la población de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez



Fuente: Encuesta a la población de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez

Análisis e Interpretación:

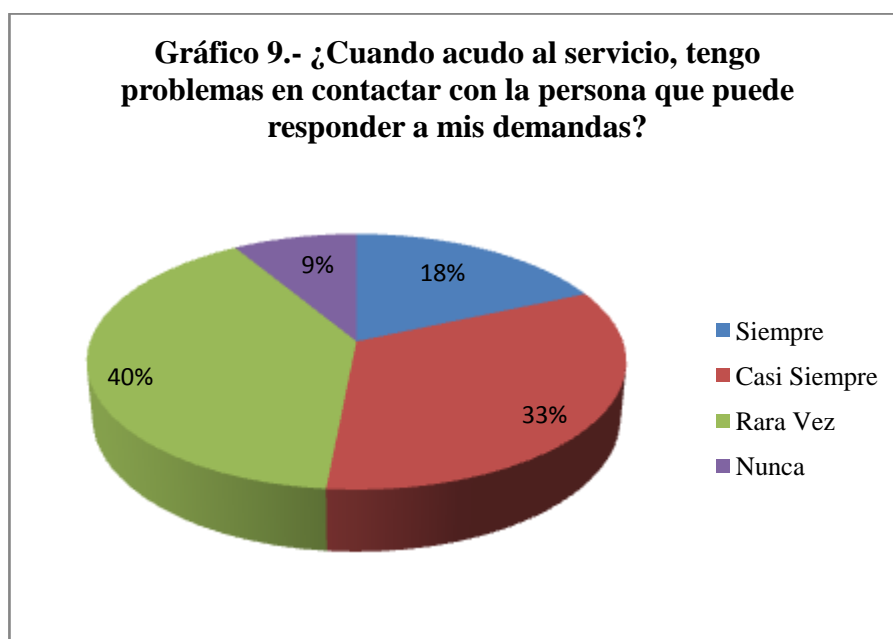
De acuerdo a los resultados obtenidos de los encuestados el 46% considera bueno el servicio que perciben por parte del SNEM y frente a un 9% que considera pésimo por considerar que el servicio no lo perciben ni parcial menos aun completo y de calidad.

2.- ¿Cuando acudo al servicio, tengo problemas en contactar con la persona que puede responder a mis demandas?

Tabla 9.-¿ Cuando acudo al servicio, tengo problemas en contactar con la persona que puede responder a mis demandas?		
Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Siempre	36	18%
Casi Siempre	65	33%
Rara Vez	78	40%
Nunca	17	9%
Total	196	100%

Fuente: Encuesta a la población de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez



Fuente: Encuesta a la población de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez

Análisis e Interpretación:

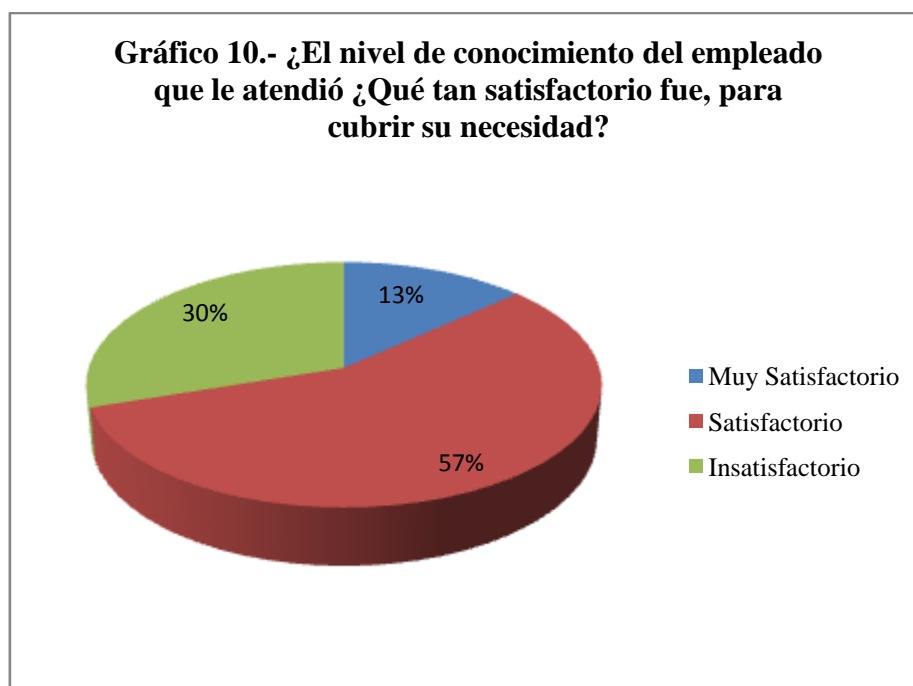
La gráfica nos muestra que el 40% rara vez ha tenido dificultad de contactar al personal para atender sus demandas dejando entre ver que no se encuentran en su lugar de trabajo por ausencia temporal, falta o encontrarse realizando otras actividades dejando su puesto vacío.

3.- ¿El nivel de conocimiento del empleado que le atendió ¿Qué tan satisfactorio fue, para cubrir su necesidad?

Tabla 10.- ¿El nivel de conocimiento del empleado que le atendió ¿Qué tan satisfactorio fue, para cubrir su necesidad?		
Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Muy Satisfactorio	26	13%
Satisfactorio	111	57%
Insatisfactorio	59	30%
Total	196	100%

Fuente: Encuesta a la población de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez



Fuente: Encuesta a la población de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez

Análisis e Interpretación:

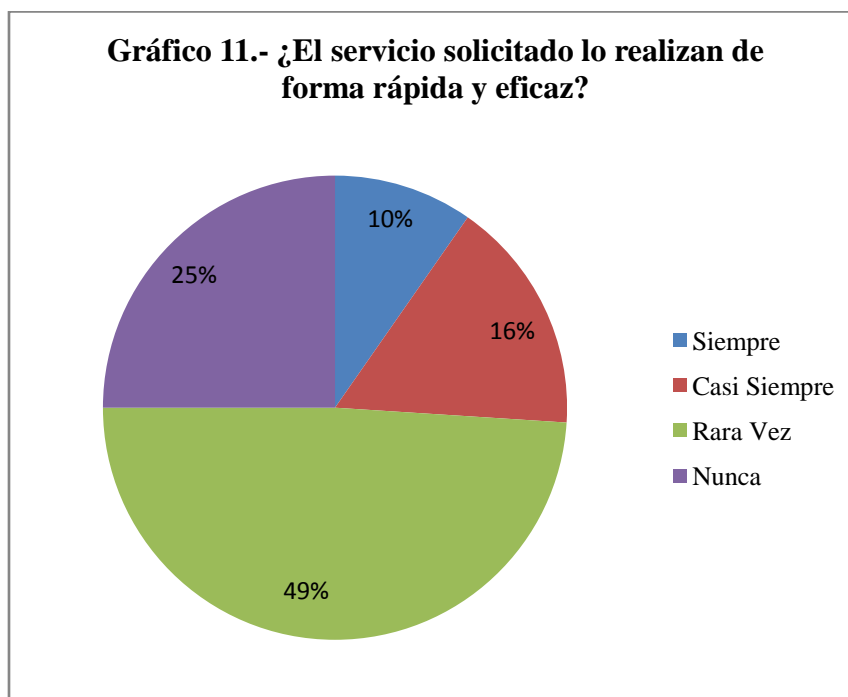
De acuerdo a la percepción del ciudadano un 57% contesta que es satisfactorio, 30% Insatisfactorio por lo que en algún momento no han sido atendidos por personal con adecuados conocimientos que solucionen sus inquietudes o malestares.

4.- ¿El servicio solicitado lo realizan de forma rápida y eficaz?

Tabla 11.- ¿El servicio solicitado lo realizan de forma rápida y eficaz?		
Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Siempre	19	10%
Casi Siempre	32	16%
Rara Vez	96	49%
Nunca	49	25%
Total	196	100%

Fuente: Encuesta a la población de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez



Fuente: Encuesta a la población de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez

Análisis e Interpretación:

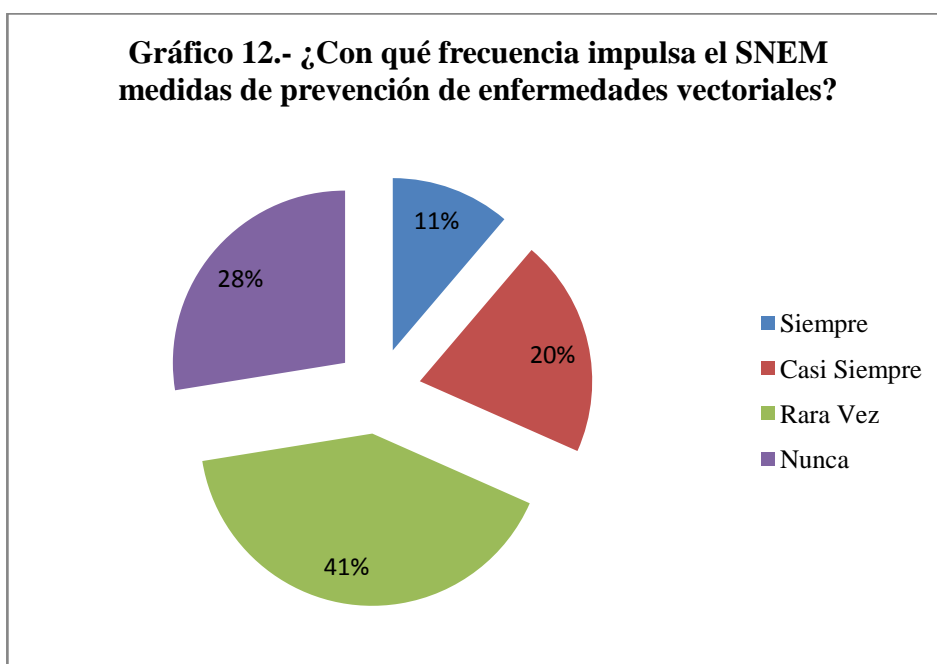
La opinión de los usuarios nos muestra que el 49% rara vez ha sido ágil y eficaz índice que nos permite observar el pobre dinamismo de las actividades y del personal a cargo.

5.- ¿Con qué frecuencia impulsa el SNEM medidas de prevención de enfermedades vectoriales?

Tabla 12.- ¿Con qué frecuencia impulsa el SNEM medidas de prevención de enfermedades vectoriales?		
Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Siempre	22	11%
Casi Siempre	40	20%
Rara Vez	80	41%
Nunca	54	28%
Total	196	100%

Fuente: Encuesta a la población de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez



Fuente: Encuesta a la población de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez

Análisis e Interpretación:

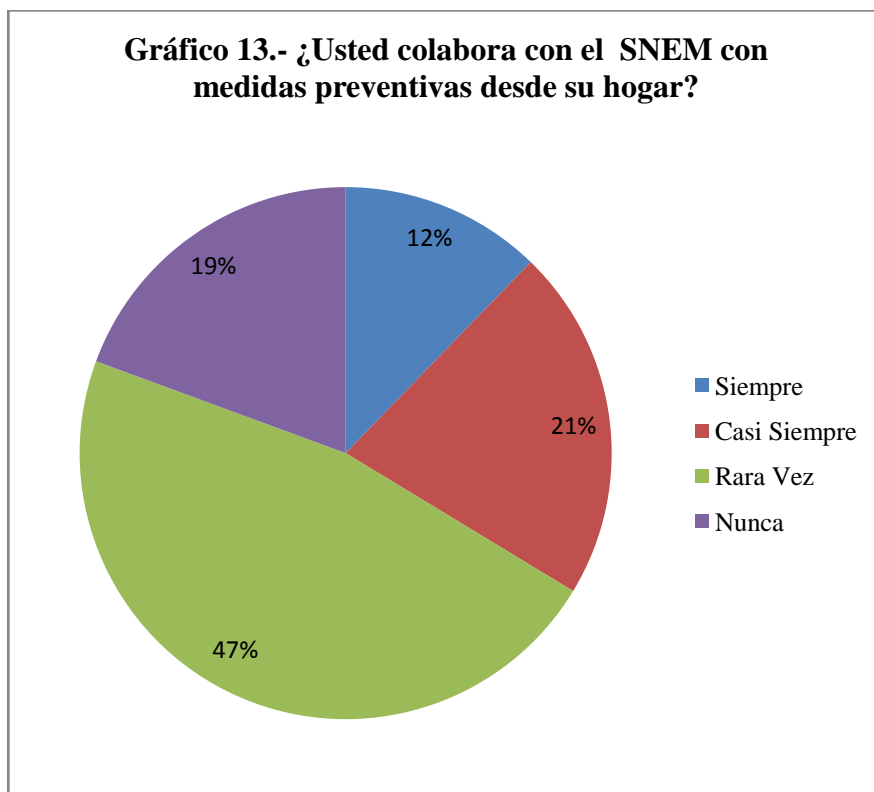
Podemos observar la falta de gestión en medidas de prevención que el SNEM debe planificar constantemente, por ello solo el índice del 41% evidencia la falta de promoción y difusión.

6.- ¿Usted colabora con el SNEM con medidas preventivas desde su hogar?

Tabla 13.- ¿Usted colabora con el SNEM con medidas preventivas desde su hogar?		
Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Siempre	24	12%
Casi Siempre	42	21%
Rara Vez	92	47%
Nunca	38	19%
Total	196	100%

Fuente: Encuesta a la población de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez



Fuente: Encuesta a la población de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez

Análisis e Interpretación:

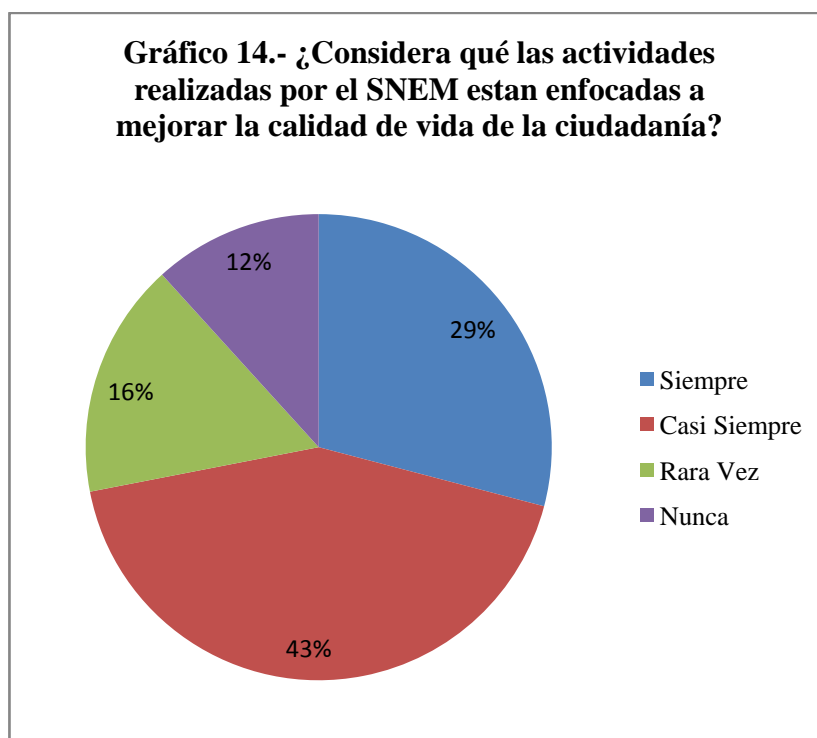
La falta de normas de higiene y prevención de los hogares se muestra en el gráfico con un índice del 47% donde rara vez la población se preocupa en sus viviendas de evitar criaderos de vectores, y frente a un mínimo índice del 12% que siempre colabora.

7.- ¿Considera que las actividades realizadas por el SNEM están enfocadas a mejorar la calidad de vida de la ciudadanía?

Tabla 14.- ¿Considera que las actividades realizadas por el SNEM están enfocadas a mejorar la calidad de vida de la ciudadanía?		
Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Siempre	57	29%
Casi Siempre	84	43%
Rara Vez	32	16%
Nunca	23	12%
Total	196	100%

Fuente: Encuesta a la población de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez



Fuente: Encuesta a la población de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez

Análisis e Interpretación:

Existe una buena predisposición por parte de la colectividad hacia la labor de la SNEM reconociendo que el servicio que ofrece ayuda a mejorar sus condiciones de vida reflejado en el índice del 29% siempre y 43% casi siempre

12.2. Pruebas Estadísticas aplicadas en la Verificación de Hipótesis

Para verificar la hipótesis se utilizó la fórmula de chi cuadrada, que es una fórmula estadística que nos ayuda a aceptar o rechazar la hipótesis nula. Formulación de la hipótesis:

H_0 = Hipótesis nula

H_1 = Hipótesis alterna

H_0 = Determinando un sistema de gestión de calidad del servicio mejorará la consecución de los objetivos institucionales del SNEM Zona V Los Ríos, Año 2012.

H_1 = Determinando un sistema de gestión de calidad del servicio no mejorará la consecución de los objetivos institucionales del SNEM Zona V Los Ríos, Año 2012.

Verificación:

Para la verificación de la hipótesis nula H_0 se la aplicó sobre la base de las preguntas # 1, 5 y 7 de la encuesta aplicada a los usuarios a continuación se muestra el cuadro de frecuencia observada y las frecuencias esperadas y el cálculo estadísticos.

Preguntas:

1.- ¿Cómo considera la atención y el servicio brindado en el SNEM Zona V?

5.- ¿Con qué frecuencia impulsa el SNEM medidas de prevención de enfermedades vectoriales?

7.- ¿Considera que las actividades realizadas por el SNEM están enfocadas a mejorar la calidad de vida de la ciudadanía?

Cuadro 14. Frecuencias Esperadas

Preguntas	Frecuencia Observada				TOTAL
	Siempre	Casi Siempre	Rara Vez	Nunca	
1.- ¿Cómo considera la atención y el servicio brindado en el SNEM Zona V?	33	91	55	17	196
5.- ¿Con qué frecuencia impulsa el SNEM medidas de prevención de enfermedades vectoriales?	22	40	80	54	196
7.- ¿Considera que las actividades realizadas por el SNEM están enfocadas a mejorar la calidad de vida de la ciudadanía?	57	84	32	23	196
TOTAL	112	215	167	94	588

Fuente: Encuesta a la población de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez

Cuadro 15. Frecuencias Observadas

Preguntas	Frecuencia Esperada				TOTAL
	Siempre	Casi Siempre	Rara Vez	Nunca	
1.- ¿Cómo considera la atención y el servicio brindado en el SNEM Zona V?	37,33	71,67	55,67	31,33	196
5.- ¿Con qué frecuencia impulsa el SNEM medidas de prevención de enfermedades vectoriales?	37,33	71,67	55,67	31,33	196
7.- ¿Considera que las actividades realizadas por el SNEM están enfocadas a mejorar la calidad de vida de la ciudadanía?	37,33	71,67	55,67	31,33	196
TOTAL	112,00	215,00	167,00	94,00	588

Fuente: Encuesta a la población de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez

Cuadro 16. Cálculo Chi Cuadrado

Frec. Obs.	Frec. Esp.	O - E	(O -E)2	(O-E)2/E
33	37,33	-4,33	18,78	0,50
22	37,33	-15,33	235,11	6,30
57	37,33	19,67	386,78	10,36
91	71,67	19,33	373,78	5,22
40	71,67	-31,67	1002,78	13,99
84	71,67	12,33	152,11	2,12
55	55,67	-0,67	0,44	0,01
80	55,67	24,33	592,11	10,64
32	55,67	-23,67	560,11	10,06
17	31,33	-14,33	205,44	6,56
54	31,33	22,67	513,78	16,40
23	31,33	-8,33	69,44	2,22
Chi cuadrado tabulado				84,37

Fuente: Encuesta a la población de la Zona V

Autores: Byron Chuez - Ronald Rodríguez

Si el Chi cuadrado calculado es mayor que el Chi cuadrado de tablas se rechaza la hipótesis nula.

Los grados de libertad son igual al número de columnas menos uno que multiplica al número de filas menos uno.

Donde:

gl = grado de libertad

f = fila

c = columna

$$gl = (f - 1)(c - 1)$$

$$gl = (3 - 1)(4 - 1)$$

$$gl = 6 \text{ Nivel de Confianza } 95\%$$

Chi cuadrada teórica 12,592

Decisión:

El Chi cuadrado calculado (84,37) es mayor que el Chi cuadrado teórico (12,592) por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa o general.

12.3. Conclusiones y Recomendaciones

Posteriormente a la interpretación de los resultados se procede a dar una conclusión final acerca del tema que se está investigando para a continuación dar recomendaciones que permitan y garanticen que la institución continúe con sus actividades de servicio pero de una manera más ágil y oportuna.

Conclusiones

- La atención al usuario está centrada solo en la rutina y se deja de lado la satisfacción completa del ciudadano en sus necesidades.
- El usuario busca cada vez una atención de calidad con propiedades que satisfagan las necesidades propuestas del mismo.
- Los usuarios en su mayoría consideran buena y regular la atención recibida por los empleados debido a la falta de atención personalizada para cada uno de ellos.
- El nivel de conocimiento de los empleados de la empresa en su mayoría es poco satisfactoria ellos tienen problemas debido a que no conocen bien los servicios y los beneficios para la comunidad.
- La imagen que poseen los empleados frente a los clientes es buena a lo que se busca encaminar es a que sea excelente.
- Los clientes mantienen una confianza en la empresa aunque en ocasiones no exista una rapidez en el servicio por parte de los empleados que laboran en la misma.
- Los empleados satisfacen parcialmente las dudas de la mayoría de los usuarios en las diferentes visitas realizadas a la institución, solo algunos de ellos dicen no haber satisfecho sus dudas por la lentitud en la atención.

Recomendaciones

Al contar con los resultados obtenidos mediante la investigación se propone lo siguiente:

- Capacitar a los empleados para lograr que los mismos entreguen un servicio adecuado al cliente.

- Determinar un programa de prevención en ETV a través de la capacitación a empleados en las áreas del servicio y atención al cliente en oficina y de campo, lo cual permitirá que los empleados realicen de manera eficaz su trabajo.
- Incrementar personal especializado en la atención al cliente y concienciarlos que la razón de la institución son los usuarios y que se les debe entregar toda la información que necesiten acompañado de una actitud positiva porque se lo merecen.
- Cambiar la actitud del personal de la empresa, para lograr que se genere un ambiente laboral más equilibrado y ameno para el cliente y a la vez que sirva de ayuda para que los nuevos empleados se adapten a su nuevo lugar de trabajo.
- Mejorar continuamente los procesos de atención al cliente en la empresa, con el objetivo de alcanzar el más alto nivel de éxito organizacional y lleven a cumplir con los objetivos institucionales.
- Es necesario el desarrollo eficaz de la calidad en el servicio para poder satisfacer de forma completa a un grupo de usuarios cada vez más exigentes y con necesidades insatisfechas para que se pueda fidelizarlos en forma duradera a la institución.
- Capacitación permanente a los líderes comunitarios locales y provinciales con respecto al fomento promoción y prevención de las enfermedades ocasionadas por vectores.
- Implementar un modelo de gestión administrativa y comunitaria con el propósito de concientizar al cliente interno y a la comunidad con respecto a mejorar los niveles de calidad de vida.

13. PROPUESTA DE APLICACIÓN A RESULTADOS

13.1. Alternativa Obtenida

Programa de Gestión Local para la Promoción, la Prevención del Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores.

13.2. Alcance de la Alternativa

La línea de acción para controlar las Enfermedades Transmitidas por Vector (ETV) se inserta en el Plan Nacional de Buen Vivir 2009-2013 (PNBV), en su tercer objetivo establece: "Promover la Calidad de Vida de la población ", por lo que la presente

propuesta de prevención busca que estos son padecimientos ETV relacionados con el saneamiento del ambiente doméstico y de los espacios cercanos a las comunidades, que es donde se reproducen o protegen los vectores y facilitan el contacto entre agentes y huéspedes.

El Programa considera que la participación de los actores sociales, es el punto de partida para democratizar el conocimiento sobre los riesgos de enfermar y las medidas preventivas como acciones comunitarias, para privilegiar la prevención y espacios saludables e integrarlos para el fortalecimiento municipal.

Las enfermedades que son objeto del Programa son las siguientes:

Cuadro 17. Enfermedades objetos del programa

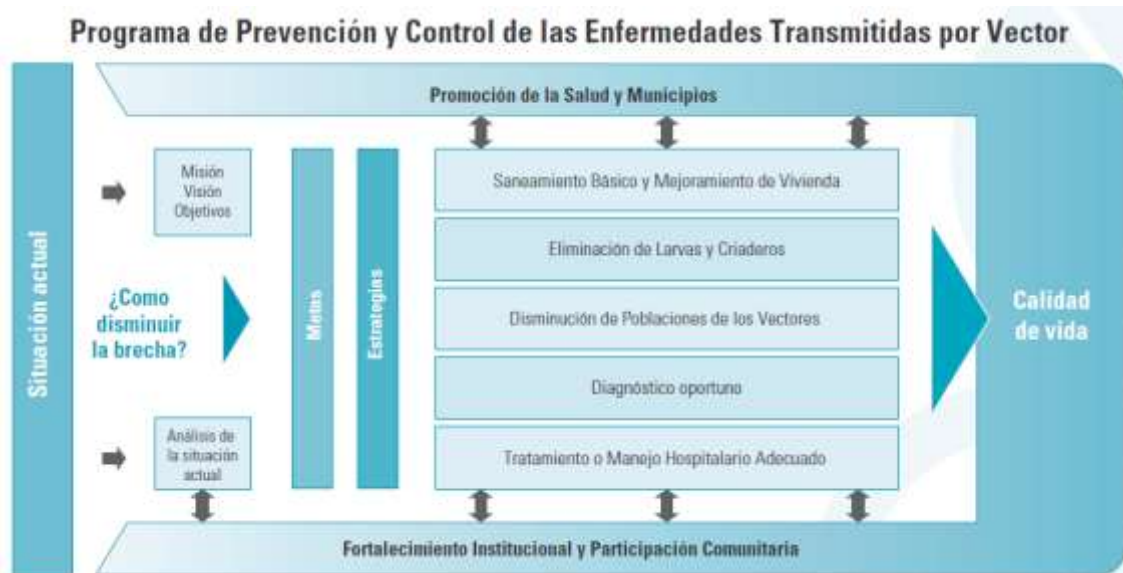
Enfermedad	Vector (es)	Agente
Paludismo	Mosquitos del Género Anopheles (An.pseudopunctipennis, An. albimanus, An. vestitipennis).	Plasmodium vivax (97% de los casos) y P. falciparum.
Oncocercosis	Mosca negra del S.S. Género Simulium: callidum, metallicum y S. ochraceum.	Onchocerca volvulus.
Enfermedad de Chagas	Chinches	Trypanosoma cruzi.
Leishmaniosis	Mosca de arena o chiclera de la Subfamilia Phlebotominae.	Leishmania braziliensis, L. donovani,
Dengue y dengue hemorrágico	Mosquitos Aedes aegypti y Ae. albopictus	Cuatro serotipos de virus dengue (D-1, D-2, D-3 y D-4)
Fiebre amarilla (FA)	Transmisión urbana por Aedes aegypti	Virus FA

Fuente: MSP

En el caso de las ETV presentan desde simples incrementos de incidencia, hasta enfermedades nuevas, considerándose que tienden a incrementar su trascendencia por su mortalidad (dengue hemorrágico) y por sus secuelas (Chagas).

Las dificultades administrativas y financieras representan un riesgo adicional para el control de las enfermedades y sus vectores, en virtud de que al no haber oportunidad y suficiencia en los recursos o al no aplicar recursos ante nuevos acontecimientos, se presentan brotes y se requerirán mayores esfuerzos y recursos para su control.

Figura 20. Esquema de los componentes del programa



Fuente: MSP

La nueva visión y misión se define como el principio de racionalidad de los recursos disponibles y de los elementos técnicos para la lucha contra estos padecimientos, al plantear el desarrollo de modelos de enfermedad más reflexivos y actualizados, no la mera incorporación de metodologías, técnicas o conceptos novedosos o la persistencia de formas tradicionales de trabajo no actualizadas. A partir de los modelos de enfermedad, entonces, se propone desarrollar los nuevos modelos de promoción, vigilancia, prevención y control.

Es fundamental considerar que en el Programa:

- La promoción se orienta hacia el saneamiento básico y al mejoramiento de la vivienda para evitar la anidación de los padecimientos y sus vectores; en este sentido la participación comunitaria y de las autoridades municipales se enfocan a resolver un problema de vivienda digna.
- La vigilancia epidemiológica se debe entender como el ejercicio cotidiano para la actualización de la historia natural de las enfermedades, que permitan definir los

modelos de enfermedad y conduzca a identificar las mejores opciones para evitarlas.

- La prevención se debe privilegiar como el argumento básico del bienestar para evitar riesgos, mediante acciones que disminuyan o eliminen la presencia de los vectores y reservorios.
- Finalmente, el control se aplica en situaciones concretas para disminuir vectores, diagnosticar oportunamente los casos, manejar y tratar adecuadamente a los enfermos, evitar mayores daños y disminuir la afectación tanto a pacientes, a familiares como a la sociedad.

Esta orientación ha permitido hacer más sustentable y económico el control de las ETV y plantear la solución permanente de la problemática, utilizando acciones más racionales.

Objetivo General

Reducir los riesgos y mantener bajo control epidemiológico las enfermedades transmitidas por vectores como el Paludismo, Dengue, Oncocercosis, Enfermedad de Chagas, Leishmaniosis, mediante el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios externos e internos.

Objetivos Específicos

- Continuar el perfeccionamiento del control de las enfermedades mediante acciones del Programa y de la comunidad, que incrementen la eficacia y reduzcan los gastos directos e indirectos de la población y los riesgos ambientales por el uso de insecticidas.
- Cumplir con el compromiso internacional de eliminar la transmisión y las manifestaciones clínicas de la oncocercosis.
- Incrementar la calidad y cobertura de los sistemas de vigilancia epidemiológica con mediciones del impacto sobre las enfermedades y riesgos, evaluados mediante controles de calidad propios y externos al programa.

Misión

Contribuir a la disminución de los riesgos de enfermedad y muerte de la población, mediante acciones que incrementen la seguridad ambiental, reduzcan el contacto con agentes, los reservorios o vectores de enfermedad, favorezcan la educación sanitaria,

basada en la eliminación de riesgos, y la incorporación de la autoridad municipal y la población en el autocuidado de la salud.

Visión

Contribuir con los objetivos sociales del país, mediante acciones encaminadas a:

- Obtener un liderazgo en el desarrollo de modelos de las enfermedades y de las acciones de promoción, vigilancia, prevención y control, validados por la investigación operativa y lograr que las normas nacionales se basen en estos modelos.
- Establecer nuevos paradigmas que permitan democratizar los conocimientos y prácticas saludables en los diferentes escenarios y entre los participantes en la transmisión de las enfermedades, incorporando a los diferentes actores y fortalezcan el desarrollo de comunidades saludables.
- Reducir los impactos indeseables de los insecticidas, de los medicamentos, de las modificaciones ambientales y sobre todo de la economía familiar.
- Desarrollar sistemas de evaluación que permitan asegurar la calidad de las acciones y detectar las modalidades de la enfermedad, sumándose con ello a la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud.
- Instrumentar un programa de profesionalización y desarrollo humano.
- Crear una red de intercambio científico y técnico para aprovechar los avances metodológicos y tecnológicos.

Estrategias

- Integrar el Programa en la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud y en la estrategia de desarrollo humano.
- Privilegiar la prevención sobre el control.
- Establecer el sistema de evaluación de impactos, de aseguramiento de la calidad de las acciones del Programa.
- Establecer y actualizar la nómina; así como capacitar al personal del SNEM Zona V, personal municipal y de la comunidad.
- Integrar la participación social y comunitaria, consolidando la estrategia de control de paludismo sin insecticidas, iniciando intervenciones para el control del dengue a nivel familiar y comunitario, incrementando la adherencia terapéutica para la

oncocercosis y desarrollando estrategias que permitan el mejoramiento de la vivienda y de los espacios circunvecinos para evitar el contacto con vectores de Chagas, entre otros.

- Vincular y hacer eficiente el sistema de diagnóstico y referencia por laboratorio, a nivel nacional y local.
- Desarrollar el enlace y estructura suficiente para la colaboración de Promoción de la Salud.
- Crear el concepto de comunidades saludables para el control de los vectores y la fauna nociva a niveles domésticos.
- Fomentar la participación de grupos inter, multi y transdisciplinarios entre el Programa y el Sector, así como con otros Sectores.
- Establecer el procedimiento de Aprobación de Competencia de personal y actividades del Programa.
- Integrar al Programa acciones efectivas y medibles dentro de la iniciativa presidencial, en apoyo a los países de Centroamérica, con énfasis en la región fronteriza, y con la decidida participación de la OPS y otros organismos internacionales.

13.3. Aspectos Básicos de la Alternativa

El Programa comprende cinco grandes componentes relacionados desde una perspectiva lógica y especial, que permite acciones consecutivas y complementarias, de tal forma que se constituye en lineamiento básico que todos deben observar:

1. El saneamiento básico y mejoramiento de la vivienda ajustado a cada situación y desarrollado por la comunidad y municipio, será el objetivo prioritario del Programa, en virtud de que esas acción es solucionan la problemática en su causa. Tales son los casos de la ECA para paludismo, cortar la vegetación peridomiciliaria, protección de recipientes para uso doméstico y eliminación de criaderos para evitar su infestación con larvas. El encalamiento de las paredes de la vivienda, colocación de cielo raso y compactación de pisos podrá contribuir a la prevención de las ETV mediante la disminución de vectores. Pretende que la vivienda se transforme en espacio saludable.

Estrategias	Resultados
Modificar las condiciones naturales que favorecen la presencia de vectores: limpieza de algas verdes filamentosas, eliminación o protección de recipientes domésticos.	Prevención de las enfermedades: disminuir 80-90% las poblaciones de vectores que llegan a las viviendas
Aplicar mejoras sobre paredes, techos y pisos de las viviendas rurales para evitar anidación de vectores: encalamiento de paredes, colocación de cielo raso y compactación de pisos.	

Fuente: Investigación de Campo

2. La eliminación de larvas y criaderos es un lineamiento para evitar la presencia de vectores, por lo que su logro, al igual que el componente previo, corresponden a la prevención. La comunidad y las autoridades municipales tienen un papel fundamental. Para lograr lo anterior, será necesario organizar, capacitar y conducir acciones en la comunidad que busquen un cambio cultural de la población. Al igual que el anterior busca fortalecer los espacios saludables.

Cuadro 19.- Componente de eliminación de larvas y criaderos

Estrategias	Resultados
Identificar y eliminar larvas de vectores mediante acciones de control físico y destrucción de criaderos	Prevención de las enfermedades: espacios, viviendas, comunidades y municipios saludables.
Organización, capacitación y conducción de acciones comunitarias para la inducción e implantación de conductas saludables.	
Promoción y transferencia de acciones a las autoridades municipales.	Prevención de brotes

Fuente: Investigación de Campo

3. La disminución de densidades de vectores complementa las acciones de prevención cuando se realiza para eliminar larvas sin presencia de casos de las ETV y evitar que las larvas se transformen en adultos; pero también es un instrumento del control, cuando se aplican simultáneamente la eliminación de larvas y criaderos con las nebulizaciones, en casos de brotes o alto riesgo de transmisión.

Cuadro 20.- Componente de disminución de densidades de vectores

Estrategias	Resultados
Aplicación de larvicidas, nebulizaciones o rociados de insecticidas para el control de poblaciones de vectores en situaciones de emergencia.	Control de la transmisión de enfermedades

Fuente: Investigación de Campo

4. El componente de diagnóstico oportuno para reconocer tempranamente las enfermedades y aplicarlas medidas que permitan evitar mayores consecuencias. La capacitación de epidemiólogos, el fortalecimiento de los laboratorios de diagnóstico y el desarrollo de sistemas de vigilancia activos para poder estar en condiciones de aplicar las medidas en forma oportuna. Igualmente, la capacitación de los médicos clínicos es prioritaria para limitar los daños de las ETV en forma adecuada y evitar las complicaciones y secuelas, al aplicar esquemas terapéuticos específicos.

Cuadro 21.- Componente de diagnóstico oportuno

Estrategias	Resultados
Reconocimiento temprano de las enfermedades mediante el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica (Clínicas febriles) y capacitación a médicos de los servicios de salud.	Detección precoz de riesgos y brotes. Limitación de los daños y prevención de complicaciones.
Fortalecimiento y modernización de laboratorios de diagnóstico epidemiológico.	

Fuente: Investigación de Campo

5. Finalmente el tratamiento y manejo hospitalario adecuados limitarán los daños cuando éstos se instalan. Es fundamental motivar una mejor colaboración entre los servicios de epidemiología y de atención médica, con el objeto de capacitar, alertar sobre variaciones y hallazgos de las enfermedades, así como en la detección oportuna de las ETV. Con esto se evitarán la mortalidad excesiva, las complicaciones y secuelas, manteniendo estos indicadores dentro de límites aceptables.

Cuadro 22.- Componente de tratamiento y manejo hospitalario oportunos

Estrategias	Resultados
Mejoramiento de las capacidades clínicas para la aplicación de tratamientos adecuados y de referencia de casos graves en el primer nivel de atención	Evitar defunciones, complicaciones graves y secuelas mantener por debajo del 3% la letalidad de las ETV.
Desarrollo de sistemas de reconocimiento de sintomatología crítica y manejo adecuado de casos graves.	

Fuente: Investigación de Campo

6.- Descripción del programa de Fomento, promoción y prevención contra vectores

Cuadro 23. Programa de Atención, Fomento, Promoción y Prevención contra vectores

Programa de Atención Fomento, Promoción y Prevención Contra Vectores			
Objetivos	Actividades del programa	Fecha	Responsable
Correcto uso de insecticidas	Clases de insecticidas. Dosificación Efectos Disminución del uso de insecticidas	Lunes miércoles y viernes: hora 10 h. a 12 h. del día	Ing. Byron Chuez Barros, Promotor del Programa
Conocer las enfermedades vectoriales	La malaria La fiebre amarilla	Día martes De 9h00. a 12h00	Dr. Ronald Rodríguez Avellan Promotor del Programa
La Fumigación	La fumigación en general Consejos y sugerencias para la comunidad Medidas de seguridad Disminución del uso de insecticidas La fumigación intradomiciliaria Consejos y sugerencias para la comunidad Medidas de seguridad Disminución del uso de	Fines de semana. Cada 15 días Hora de salida 09.00 – 12 horas.	Ing. Byron Chuez Barros, Promotor del Programa

	insecticidas		
Patologías	Oncocercosis	De lunes a viernes 14.00h a 17.00h.	Dr. Ronald Rodríguez Avellan
	Enfermedad de Chagas	Lunes, miércoles, viernes. 14.00 h a 17.00 h. Martes, Jueves. 14.00 h a 17.00	Promotor del Programa

Fuente: Byron Chuez Barros - Ronald Rodríguez Avellan.

Plan de Acción

Cuadro 24. Plan de Acción

Fases	Líneas de Acción	Metas	Actividades	Recursos	Responsable	Tiempo	Indicador
Inicial	Socialización de los resultados de la investigación a los directivos del SNEM	Los ejecutivos conocen los resultados de la investigación	Reunión con los ejecutivos	Directivos, Jefes, empleados, Investigador. Computador	Investigadores	Octubre del 2011	Resultados de la investigación presentados.
	Presentación de la propuesta ante el Jefe de Zona V SNEM	El total de los partícipes conocen la propuesta.	Exposición magistral.	Gerente, empleados, Investigador. Computador, proyector.	Autores		Modelo de gestión de calidad en el servicio presentado a través de un programa de Acción. Modelo de gestión de calidad en el servicio cuenta con el aval de los ejecutivos.

Intermedia	Presentación del modelo de gestión de calidad en el servicio a los empleados a través de un programa de Acción de prevención de ETV.	El total de los empleados conocen la propuesta.	Exposición	Empleados Modelo de gestión de calidad en el servicio, Computador, proyector.	Autores	Noviembre del 2011	Propuesta presentada y tratada en público.
	Capacitación a los empleados para la utilización modelo de gestión de calidad en el servicio.	Total de empleados capacitados en la utilización del modelo	Taller participativo	Empleados Computador, proyector, modelo de gestión de calidad en el servicio	Autores		Empleados capacitados.
	Ejecución de la propuesta	Total de los empleados conocen la propuesta.	Exposición magistral	Empleados Computador, proyector, modelo de gestión de calidad	Autores	Diciembre del 2011	Propuesta presentada a los empleados de la institución.

		Los empleados aplican el modelo de gestión de calidad en el servicio.	Trabajo en grupos de aprendizaje continuo.	Gerente, Empleados, Modelo de gestión de calidad en el servicio. Computador, proyector, materiales de oficina.	Jefe de Zona V		Empleados aplican el modelo de gestión de calidad en el servicio.
Final	Evaluación de la propuesta	Total de la propuesta evaluada.	Reunión con los empleados del SNEM Zona V Encuestas a los usuarios y empleados que utilizaron el modelo de gestión de calidad en el servicio	Material de oficina, copias.	Jefe de Zona V	Abril del 2012	Propuesta evaluada

	Monitoreo	Total de la propuesta monitoreada	<p>Visitas a los usuarios en relación a la atención recibida.</p> <p>Control del cumplimiento del modelo planteado.</p> <p>Analizar los resultados de las muestras obtenidas.</p> <p>Conclusiones de los resultados</p>	<p>Área de Jefatura</p> <p>Material de oficina, copias, computador.</p>	<p>Autores, Jefe de Zona V</p>	<p>Octubre del 2011 a Abril del 2012</p>	Propuesta monitoreada
--	-----------	-----------------------------------	---	---	--------------------------------	--	-----------------------

Fuente: Byron Chuez Barros - Ronald Rodríguez Avellan.

13.4. Resultados Esperados de la Alternativa

Para desarrollar la propuesta de gestión local para la promoción, la prevención de ETV, se formuló como pregunta de investigación ¿Cómo un sistema de gestión de calidad del servicio influye en la consecución de los Objetivos Institucionales del SNEM Zona V Los Ríos? Para dar respuesta a la pregunta, se plantearon como objetivos la evaluación del escenario de riesgo, con la cual se pretendía conocer el estado de real del riesgo en la zona teniendo en cuenta variables de vulnerabilidad y amenaza.

Los cambios de comportamientos, yasea en el nivel individual, comunitario o institucional, es gradual y que los cambios significativos en cada elemento no ocurrirán en un solo año sino año tras año. Un primer paso importante es el desarrollo del plan detallado que incluya objetivos medibles para cada uno de los elementos clave de la prevención y control, con las acciones necesarias para mejorar el desempeño del programa para cada elemento, identificado el departamento o la agencia responsable de efectuar el cambio para cada elemento, identificamos las necesidades de asistencia técnica para implementar la intervención y describimos los medios por los cuales se medirá el cambio. La alta probabilidad de observar cambios positivos significativos para los componentes claves para la prevención –y las disposición en cuanto a recursos humanos, materiales y financieros hacen más razonable tales altos niveles de cambio – debe haber algún cambio medible en la mayoría de los elementos clave.

Cada programa de prevención posee fortalezas y debilidades. Éstas se evalúan como parte del proceso de planificación, de manera que todos los actores tengan una comprensión común de las fortalezas y debilidades en cada uno de los componentes claves. Se considera los componentes más débiles para la atención inmediata, tomando en cuenta las inquietudes del programa actual y los impactos deseados a largo plazo. También se requerirá de asistencia técnica en el desarrollo de resultados de comportamientos para cada componente clave, así como la asistencia en las pruebas de campo respecto a la eficacia de los métodos de control de vectores que se encuentran en uso actualmente, incluyendo las técnicas de control químico, físico y biológico. A medida que el programa integral e integrado de prevención y control del ETV avanza hacia su plena implementación, se espera que el número y la magnitud de las epidemias disminuyan, reduciendo la carga de enfermedad en el país.

14. BIBLIOGRAFÍA

BAÑÓN, Rafael y Carrillo Ernesto. La nueva administración pública. Alianza Editorial, España, 1997.

BELTRÁN, Miguel; "El Problema de la Calidad en los Servicios Público", en Trinidad, Requena

REQUENA, Antonio (comp.) Evaluación y Calidad en las organizaciones públicas. MAP, España 2002

CARRILLO, Ernesto; "Legitimidad o modernización de la administración pública" en Gestión y Análisis de Políticas Públicas, septiembre de 1996/abril de 1997, Núm. 7 y 8.

CLAD. Una nueva gestión pública para América Latina. Venezuela, 1998.

CROZIER, Michel, "La necesidad urgente de una nueva lógica", en Brugué y Subirats. Lecturas de Gestión Pública. MAP, España, 1996.

DE CÓS, M., "Teoría General del Proyecto, Vol. I Dirección de Proyectos". Capítulo 20 y 22. Ed. Síntesis. Madrid 1.997

DE CÓS, M., "Teoría General del Proyecto, Vol. I Dirección de Proyectos". -Capítulo 14. Ed. Síntesis. Madrid 1.997

GUAJARDO Garza, Edmundo. Administración de la calidad total. Ed. PAX, México, 1996.

HEREDIA, R. "Dirección Integrada de Proyectos". Pág. 489 - 639. Ed. UPM - ETSII. Madrid 1.999

HOOD Christopher; "Racionalismo económico en la gestión pública: ¿De la administración pública progresiva a la nueva gestión pública? en Brugué y Subirats. Lecturas de Gestión Pública. MAP, España, 1996.

HUGHES, Owen E. "La nueva gestión pública", en Brugué y Subirats. Lecturas de Gestión Pública. MAP, España, 1996.

JOINER Brian, Giral, José et al. Memorias del 12 Congreso Internacional de Calidad Total: Clase mundial: generación de valor con responsabilidad social. Fundación Mexicana para la calidad Total A. C. México, Noviembre de 2000.

KOEHLER, Jerry W. y Pankowski, Joseph M. Mejora continúa en el Gobierno. Ed. Panorama, México, 1999.

MORENO-LUZÓN, María, Peris J. Fernando y González Tomás. Gestión de la Calidad y Diseño de Organizaciones. Teoría y Estudio de Casos. Prentice Hall, Madrid, 2001.

MOYADO ESTRADA, Francisco; "Calidad y receptividad en la administración pública" en Revista Prospectiva, N° 17, octubre de 2000.

MUNCH GALINDO, Lourdes. Más allá de la excelencia y de la calidad total. Ed. TRILLAS, México, 1998.

OLIAS DE LIMA, Blanca. La nueva Gestión Pública. Prentice-Hall, Madrid, 2001.

Pérez Sánchez, Margarita; "La Calidad en la Nueva Gestión Pública", en Trinidad Requena

P.M.I., "Guía de los fundamentos de la Dirección de Proyectos". Capítulos 4, 5, 7 y 12. ED. AEIPRO, Zaragoza. 1998

PMI, "Guía de los Fundamentos de la Dirección de Proyectos", Capítulo 12. Ed. AEIPRO. Zaragoza 1.998

REQUENA, Antonio (comp.) Evaluación y Calidad en las organizaciones públicas. MAP. España, 2002.

RAMIÓ Y MATAS, Carles; "Algunos problemas de las estrategias de mejora de la calidad de los servicios públicos" en Prospectiva, N° 17, noviembre de 2000.

RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, Andrés; "La calidad en la administración pública", en Trinidad

REQUENA, Antonio (comp.). Evaluación y Calidad en las Organizaciones Públicas. MAP, España, 2002

SHAND David y AmbergMorten.Un Gobierno Alerta: iniciativas de servicios de calidad enla administración. OCDE-DDF, 1994.

TANZI, Vito; “El papel del Estado y la calidad del sector público”, Revista de la CEPAL, N° 71,agosto de 2000.

WEBSTER, G. "La Gestión de Proyectos en la Empresa". Pág. 149 - 173. Ed. AENOR. Madrid 2.000

15. ANEXOS

ANEXO I. FORMATO ENCUESTA A USUARIOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA

Objetivo: Conocer criterios sobre un Programa de Gestión Local para la Promoción, la Prevención y el Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores.

Distinguido Señor (a)

Concientes de la importancia de su opinion para mejorar nuestro servicio, no solo las condiciones de su trabajo, sino tambien la mejora en el servicio de la comunidad, le solicitamos de la manera más comedida su colaboración a fin de suministrar la requerida información en el formulario siguiente, le damos las gracias de antemano.

INSTITUCIÓN: Servicio Nacional de Erradicacion de Malaria, Zona V Los Ríos.

CATEGORIA: Comunidad.

INSTRUCCIONES: Marque con una X su respuesta.

GESTIÓN DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES VECTORIALES

1.- ¿Cómo considera la atención y el servicio brindado en el SNEM Zona V?

Excelente () Buena () Regular () Pésima ()

2.- ¿Cuando acudió al servicio, tengo problemas en contactar con la persona que puede responder a mis demandas?

Siempre () Casi Siempre () Rara Vez () Nunca ()

3.- ¿El nivel de conocimiento del empleado que le atendió ¿Qué tan satisfactorio fue, para cubrir su necesidad?

Muy Satisfactorio () Satisfactorio () Insatisfactorio ()

4.- ¿El servicio solicitado lo realizan de forma rápida y eficaz?

Siempre () Casi Siempre () Rara Vez () Nunca ()

5.- ¿Con qué frecuencia impulsa el SNEM medidas de prevención de enfermedades vectoriales?

Siempre () Casi Siempre () Rara Vez () Nunca ()

6.- ¿Usted colabora con el SNEM con medidas preventivas desde su hogar?

Siempre () Casi Siempre () Rara Vez () Nunca ()

7.- ¿Considera que las actividades realizadas por el SNEM están enfocadas a mejorar la calidad de vida de la ciudadanía?

Siempre () Casi Siempre () Rara Vez () Nunca ()

ANEXO II. FORMATO ENCUESTA A EMPLEADOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA

Objetivo: Conocer criterios sobre sus funciones de acuerdo a los objetivos institucionales en la vigilancia y control Vectorial en la comunidad.

Distinguido Señor (a)

Concientes de la importancia de sus labores queremos conocer el grado de pertenencia, de experiencia en la institución en el área que se desempeña, le solicitamos de la manera más comedida su colaboración a fin de suministrar la requerida información en el formulario siguiente, le damos las gracias de antemano.

INSTITUCIÓN: Servicio Nacional de Erradicación de Malaria, Zona V Los Ríos.

CATEGORIA: Personal

INSTRUCCIONES: Marque con una X su respuesta.

PROCEDIMIENTOS Y FUNCIONES SEGÚN EL ROL EN EL SNEM ZONA V

1. ¿Cada cuánto tiempo recibe cursos de capacitación para mejorar el servicio al ciudadano?

Anual () Trimestral () Mensual () Nunca ()

2. ¿Los recursos con los que cuenta el SNEM Zona V son suficientes para brindar al ciudadano un servicio de calidad?

Siempre () Casi Siempre () Rara Vez () Nunca ()

3. ¿Cómo considera usted el ambiente laboral dentro de las instalaciones de la institución?

Agradable () Poco Agradable () Desagradable ()

4. ¿La Jefatura le mantiene informado sobre los programas y objetivos trazados por la institución?

Siempre () Casi Siempre () Rara Vez () Nunca ()

5. ¿Según su experiencia se cumple a cabalidad con los cronogramas de trabajo con la comunidad establecidos por la institución?

Siempre () Casi Siempre () Rara Vez () Nunca ()

6.- ¿Cómo considera las relaciones que mantiene con los usuarios?

Siempre () Casi Siempre () Rara Vez () Nunca ()

7.- ¿Considera usted necesario socializar su trabajo con la comunidad?

Si () No ()

ANEXO III. PREVENCIÓN DE CRIADEROS

Prevención

ELIMINE LOS CRIADEROS DE

Tanques de agua: Se deben cepillar y limpiar al menos una vez por semana y mantenerlos herméticamente tapados.



Recipientes sin uso:

Colocarlos boca abajo o secarlos y guardarlos.

Botellas rotas:

Almacenan aguas lluvias. Es mejor eliminarlos adecuadamente.

Agua para mascotas:

Es preferible cambiarla todos los días.

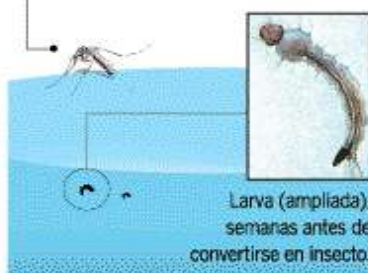


Tapas de gaseosas, de plástico o metal:

Aunque sean pequeñas, mantienen una porción de aguas lluvias el tiempo suficiente para que la larva se desarrolle.

AEDES AEGYPTI ¿Dónde se reproducen?

Las hembras ya adultas ponen un centenar de huevos, generalmente en aguas limpias o acumuladas.



Larva (ampliada), semanas antes de convertirse en insecto.

CÓMO OCURRE LA INFECCIÓN

El virus se mantiene almacenado en el estómago del insecto.



1 El mosquito percibe el calor del cuerpo y se posa en la piel. Al hincar, segrega un analgésico que evita que el huésped sienta dolor.

2 El virus llega a los vasos capilares luego de succionada la sangre.

3 El cuerpo reacciona ante la presencia del virus con los primeros síntomas.

SÍNTOMAS Empiezan a presentarse entre los 5 y 7 primeros días después de la picadura y pueden durar de 3 a 7 días.

DENGUE CLÁSICO



Fiebre alta. Dolor detrás de los ojos. Leves sangrados en encías y nariz.

Salpullido o erupción cutánea en piernas o brazos.

Dolor intenso de músculos y articulaciones.

SIGNOS DE ALARMA



Sangrado en mucosas
Letargia, irritabilidad

Evidencia clínica de acumulación de líquidos.

Vómitos frecuentes
Dolor en abdomen durante palpación.

Confirmación en laboratorio de bajo número de plaquetas.

DENGUE GRAVE*

Antes conocido como dengue hemorrágico.

- Deshidratación crónica
- Presión arterial alta
- Evidencia clínica de acumulación de líquidos.

* Se requiere confirmación del diagnóstico en laboratorio.



Fuente: MSP

CUIDADO CON LA AUTOMEDICACIÓN: No use aspirina o antiinflamatorios debido a que su efecto puede provocar hemorragias. Es necesario ir a un centro médico para que confirmen el diagnóstico. Para controlar la fiebre se puede ingerir paracetamol.

EL UNIVERSO

**ANEXO IV. TABLA DE VALORES DE C2 A NIVELES DE CONFIANZA
95% Y 99%**

GRADOS DE LIBERTAD (gl)	95%	99%
1	3,841	6,635
2	5,991	9,210
3	7,815	11,345
4	9,488	13,277
5	11,070	15,086
6	12,592	16,812
7	14,067	18,475
8	15,507	20,090
9	16,919	21,666
10	18,307	23,209
11	19,675	24,725
12	21,026	26,217
13	22,362	27,688
14	23,685	29,141
15	24,996	30,578
16	26,296	32,000
17	27,587	33,409
18	28,869	34,805
19	30,144	36,191
20	31,410	37,566
21	32,671	38,932
22	33,924	40,289
23	35,172	41,638
24	36,415	42,980
25	37,652	44,314
26	38,885	45,642
27	40,113	46,963
28	41,337	48,278
29	42,557	49,588
30	43,773	50,892
35	49,802	57,342
40	55,758	63,691
45	61,656	69,957
50	67,505	76,154
60	79,082	88,379
70	90,531	100,425
80	101,879	112,329
90	113,145	124,116
100	124,342	135,807

ANEXO V. FOTOS



Dr. Lenin Daqui Jiménez
Coordinador de Zona V - Los Ríos



Abatizaciones y fumigación para destruir criaderos de mosquitos y contrarrestar el
Dengue



Fumigación de domicilios para prevenir dengue



Laboratorios de Diagnóstico Microscópico para Plasmodium



Ciudadana afectada por el Plasmodium



Contaminación de los sectores de la Zona V