



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
MINISTERIO DE AGRICULTURA Y GANADERIA
SERVICIO ECUATORIANO DE SANIDAD AGROPECUARIA - SESA
MINISTERIO DEL AMBIENTE**

OPS/ OMS, FAO

**PLAN NACIONAL DE CONTINGENCIA PARA
ENFRENTAR POSIBLE PANDEMIA DE INFLUENZA
EN EL ECUADOR**



**Organización
Panamericana
de la Salud**
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Diciembre del 2005

INDICE

PLAN NACIONAL DE CONTINGENCIA PARA ENFRENTAR POSIBLE PANDEMIA DE INFLUENZA EN EL ECUADOR

1. PRESENTACIÓN	<u>3</u>
2. ANTECEDENTES	<u>4</u>
3. LA INFLUENZA	<u>8</u>
4. PROPOSITO DEL PLAN	<u>15</u>
5. VIGILANCIA DE LA INFLUENZA SEGÚN COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES DE LAS INSTITUCIONES INVOLÚCRADAS	<u>16</u>
6. VACUNACION CONTRA LA INFLUENZA	<u>24</u>
7. LA PREPARACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	<u>25</u>
8. PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIÓN Y MOVILIZACION SOCIALCOMISION TECNICA DE INFORMACION	<u>27</u>

Este documento fue elaborado a través de un proceso de consultas y análisis de los grupos técnicos de los Ministerios de Salud Pública, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Servicio Ecuatoriano de Sanidad Agropecuaria (SESA) y Ministerio del Ambiente.

Con el apoyo de las Agencias del Sistema de Naciones Unidas más relacionadas con el tema como son la Organización Panamericana de la Salud y la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación.

PLAN NACIONAL DE CONTINGENCIA PARA ENFRENTAR POSIBLE PANDEMIA DE INFLUENZA EN EL ECUADOR

1. PRESENTACIÓN

El Mundo ha sido alertado sobre el riesgo que pudiera ocurrir una pandemia de influenza como ya ha ocurrido en múltiples ocasiones en la historia de la humanidad, algunas memorables por su magnitud como la ocurrida entre 1918 y 1919, conocida como la “Gripe Española” que se estima, mató tres veces más gente que los muertos en la Primera Guerra Mundial.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han alertado a todos los países del mundo sobre el riesgo que significaría la mutación del virus y el desencadenamiento de una pandemia. Se estima que una pandemia en escenario global actual, caracterizado por gran movilidad mundial, una población sin precedentes en la historia y con gran concentración urbana, sería de consecuencias catastróficas para la humanidad, podría cobrar la vida de entre 180 millones y 360 millones de personas en el mundo y su impacto en los diversos ámbitos reduciría el Producto Interno Bruto en un 0,2% lo que causaría un desastre sin precedentes.

Aun cuando esto constituye una posibilidad, sin que se puedan dar precisiones de cuando o donde ocurrirá la mutación del virus que actualmente causa la gripe aviar para se transmita intensamente entre humanos y desencadene una pandemia, es imperativo para el Gobierno del Ecuador en función de la protección social, establecer un PLAN NACIONAL DE CONTINGENCIA PARA ENFRENTAR POSIBLE PANDEMIA DE INFLUENZA EN EL ECUADOR.

Este esfuerzo de preparación, se lo realiza en el sentido más de la protección social, económica y de la salud de la población ecuatoriana. Por eso se ha realizado un esfuerzo intersectorial con la participación de los Ministerios que tienen diversas competencias sobre el tema. Los Ministerios de Agricultura y Ganadería con sus instancias técnicas para vigilar la gripe aviar y el Ministerio de Salud para la protección de la población humana.

El Plan de Contingencia sigue los lineamientos de la Estructura de la Seguridad Nacional en el Ecuador, que establece claramente los roles, competencias y jerarquías institucionales para la participación integral del Estado en la atención de un desastre. Por otra parte el plan prevé una importante campaña de información, educación y movilización social que permitan contar con una población capaz de contribuir con acciones específicas de protección para enfrentar un desastre de grandes proporciones.

2. ANTECEDENTES

AMENAZA DE PANDEMIA DE INFLUENZA

La Influenza Aviar (IA), es una enfermedad de las aves que consta en lista A de la OIE, que se ha extendido mundialmente con una serie de variantes. En el continente americano, especialmente en los Estados Unidos la enfermedad se había presentado en forma moderada, desde la década de los años 60, sin embargo, a partir del severo brote ocurrido en los estados de Pennsylvania y Virginia durante 1983 y 1984 con características de alta patogenicidad, provocó una investigación más profunda en búsqueda de un plan de erradicación donde estén comprendidos los procedimientos básicos para lograrlo. Luego en el periodo 1994-1995 hace su entrada la enfermedad en Puebla y Querétaro en México; en el año 2002 en la Quinta región de Chile, entre el 2003 y 2004 resurge en algunos estados de la Unión Americana y un brote en Canadá.

Desde 1997 se presentaron los primeros brotes de nuevos casos de influenza aviar en el Sudeste Asiático y hasta ahora ha ocurrido la transmisión ocasional a los seres humanos, 126 personas han sido infectadas por el H5N1, el nuevo virus circulante y ha causado 50% de mortalidad. El virus se ha expandido por Asia, varios países de Europa occidental y se ha detectado en aves silvestres en Canadá. El virus ha causado la muerte de 160 millones de aves de criaderos y de corral lo que ha afectado gravemente la economía agrícola de los países afectados. En el continente asiático fueron catorce los países afectados con virus de alta patogenicidad.

En los últimos años una nueva mutación del virus conocida como H5N1 está circulando entre aves del sudeste de Asia y hasta ahora ha matado a más de 160 millones de pollos, ocasionalmente ha infectado a personas que han tenido estrecho contacto con las aves. Esta transmisión situación epidemiológica constituye una alerta, habida cuenta que una mutación del virus podría ponerlos en condiciones de transmitirse fácilmente entre las personas.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han alertado a todos los países del mundo sobre el riesgo que significaría la mutación del virus y el desencadenamiento de una pandemia. Se estima que una pandemia en escenario global actual, sería de consecuencias catastróficas para la humanidad, pues podría cobrar la vida de entre 180 millones y 360 millones de personas en el mundo y el impacto de la gravísima disrupción económica y social en todo el orbe, el evento reduciría PIB en un 0,2%, sería un desastre sin precedentes.

RIESGO PAÍS

Ante este panorama de riesgo sanitario, tomando en cuenta que nuestro país, depende de material genético aviar proveniente de varios países y entre ellos algunos afectados por la presencia de la enfermedad, el Servicio Ecuatoriano de Sanidad Agropecuaria SESA, ha tomando medidas de prevención.

Según estimaciones realizadas por el Ministerio de Salud Pública con base de calculadores estadísticos específicos, alrededor de 64.000 personas requerirían hospitalización y ocurrirían unas 35.000 muertes.

El manejo de los desastres es un escenario donde confluyen los esfuerzos de todos los componentes de una sociedad, donde cada uno reconoce sus funciones y capacidades y de acuerdo con ellas, encuentre su lugar de participación y colaboración¹ deberá garantizarse la debida armonía, consistencia, coherencia, y continuidad en todos los niveles administrativos y de ejecución, para efectos de prevención y atención de salud en emergencias y desastres para enfrentar con éxito esta evento adverso.

Es necesario anotar algunos elementos de importancia de este escenario.

MARCO SOCIOECONÓMICO DEL ECUADOR

- En el Ecuador son elevadas tasas de pobreza, esta es más severa en las zonas rurales (77%) y en las poblaciones indígenas (89%) y afroecuatorianas (más del 73%).
- La pobreza medida según las necesidades básicas insatisfechas afecta a más de la mitad de la población. La pobreza urbana muestra evidencia de reducción desde el segundo semestre del año 2000 en las tres principales ciudades del país, pero se mantiene aún en niveles altos cercanos, a los de inicios de 1998.
- El desempleo, la inflación el aumento súbito del tipo de cambio y la caída del Producto Interno Bruto (PIB) han impactado en el crecimiento de la pobreza en los últimos 5 años, paralelamente hubo una reducción del gasto social, particularmente en salud y educación.
- El impacto de estas condiciones socioeconómicas en el estado de salud de la población en extrema pobreza, incide directamente sobre la capacidad de acceso a servicios tanto preventivos como curativos y origina exclusión económica que, unida a otros factores de exclusión como los culturales (particularmente en la población indígena y afroecuatoriana), determina que el Ecuador mantenga, como muchos otros países en vías de desarrollo, problemáticas asociadas con enfermedades y problemas infecciosos emergente y re-emergentes.
- Este complejo perfil epidemiológico hace que los costos sanitarios para enfrentar los problemas de salud de su población se incrementen ante la necesidad de responder con cuidados de salud más costosos y sofisticados en su tratamiento, a la vez que se limitan los presupuestos para actividades de salud pública tendientes a prevenir enfermedades de mayor prevalencia e incidencia característicos del grupo materno-infantil.

GESTION DEL RIESGO EN EL ECUADOR

El tratamiento de la gestión del riesgo se dio inicio en el país a raíz de la Declaratoria de la Organización de las Naciones Unidas del “Decenio Internacional de la Reducción de los Desastres Naturales 1990-2000². En el Ecuador se realizó un proyecto integral denominado “Mitigación de Desastres Naturales y Preparación para Enfrentarlos en el Ecuador³”, tuvo como base a la evaluación de amenazas y sistemas de monitoreo de alerta temprana, realizada por diversos organismos del conocimiento, así como a través de programas de capacitación de la población en áreas de riesgo.

El Manejo del tema de gestión del riesgo en una forma más explícita, se inició a partir del año 1995, sustentada en criterios de expertos de la “Red de Estudios Sociales en Prevención y Desastres en América Latina”. Se promovió una nueva visión de la temática mediante tratamiento integral de evaluación de amenazas, vulnerabilidad y riesgo de carácter natural y antrópico, la propuesta tuvo activa participación de

¹ OFICINA DE RECURSOS EDUCACIONALES – FEPAFEM. Atención de Desastres y Catástrofes, [www. Albarra.org/Guias/default.htm](http://www.Albarra.org/Guias/default.htm).

² Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de abril de 1989, llevada a cabo en Tokio.

³ Proyecto ECU-91-004, integró en un solo proyecto esfuerzos aislados de los entes del conocimiento sobre evaluaciones de amenazas y sistemas de alerta temprana, así como promover la capacitación y simulacros de los actores en zonas de riesgo.

todos los involucrados y se incorporó la prevención en la planificación del desarrollo, orientando a la reducción de la vulnerabilidad ante los diversos tipos de amenazas.

La gestión de riesgo aplicada a la prevención y mitigación constituye en la actualidad una herramienta de planificación y seguridad entendida como la capacidad de los actores involucrados a fin de transformar los factores de vulnerabilidad en oportunidades de cambio (desarrollo sostenible), que permita evitar o mitigar el impacto de futuros desastres. (ODEPLAN)

En el Ecuador, el Sistema de Defensa Civil es el ente oficial encargado del “manejo de los desastres” en todo el territorio nacional. El sistema es una organización que cubre todos los niveles políticos y administrativos del Estado y está regido por el Título III de la Ley de Seguridad Nacional y su respectivo Reglamento.¹⁵

La autoridad máxima de la Defensa Civil es el Presidente de la República, quien de acuerdo a la magnitud de una catástrofe puede declarar el estado de emergencia y decretar zona de emergencia, en caso de emergencia nacionales, todas las autoridades seccionales deben someterse a la autoridad de la Defensa Civil.¹⁶

La Dirección Nacional de Defensa Civil es el máximo organismo directivo y ejecutivo del Sistema a nivel nacional, dependiente del Consejo de Seguridad Nacional (COSENA), el cual es presidido por el Presidente de la República. Las Juntas Provinciales y Jefaturas Cantonales, Parroquiales y de las Zonas Especiales, así como las Unidades de Defensa Civil de las Direcciones de Planeamiento de Seguridad para el Desarrollo Nacional (DIPLASEDES), son los organismos que permiten el enlace y la coordinación, entre los ministerios del Estado y las entidades adscritas y la Dirección Nacional de Defensa Civil. Las Juntas y Jefaturas del Sistema están conformadas por representantes civiles, militares y eclesiásticos, de sus respectivas jurisdicciones.¹⁷

Los organismos básicos del Sistema son la Policía Nacional, el Cuerpo de Bomberos y la Cruz Roja Ecuatoriana. Sin embargo, los organismos del Estado, fiscales, provinciales y municipales dentro de sus jurisdicciones territoriales respectivas están obligados, según lo determina la legislación respectiva, a cooperar y las autoridades o sus representantes son personalmente responsables por el cumplimiento de las medidas y previsiones ordenadas en las leyes, reglamentos y directrices pertinentes.¹⁸

En los niveles locales las responsabilidades de la Defensa Civil son asumidas por los integrantes de las Juntas y Jefaturas como obligaciones adicionales a sus principales cargos públicos, civiles, militares o religiosos. En los últimos años la Dirección Nacional ha destacado personal con dedicación exclusiva en las Juntas Provinciales de Defensa Civil.⁴

En cuanto a los recursos financieros, la Dirección Nacional de Defensa Civil cuenta con el “Fondo de Contingencias para Defensa Civil”, estos recursos son manejados por el Director Nacional. Según la normativa este Fondo es utilizado para la realización de obras de prevención de desastres y atención de emergencias nacionales o internacionales. Existen otros fondos extra presupuestarios que se asignan a un presupuesto de emergencia expedido por el Presidente de la República, están destinados a ofrecer atención a la población damnificada en zonas declaradas en estado de emergencia. El manejo de las donaciones nacionales o internacionales en casos de desastre, es potestad de la Dirección de Defensa Civil.¹⁹

⁴ *El personal asignado en las distintas Juntas Provinciales de Defensa Civil, en la mayoría de los casos está compuesto por un coordinador provincial, secretaria y encargado de bodega o almacén. En algunos casos además de una oficina con implementos mínimos y algunos insumos de avituallamiento, disponen además de un vehículo*

La normativa establece además que la Dirección Nacional de Defensa Civil tiene como responsabilidad coordinar con los organismos pertinentes la regulación de la emisión de informaciones relativas a desastres u otras emergencias graves. Se supone que las diferentes Juntas Provinciales deben tener un representante de los medios de comunicación social designados por la Unión Nacional de Periodistas.²⁰ (Souza, 2001)

Las diferentes instituciones del sector salud mantienen todavía un esquema de organización, gestión y financiamiento fragmentado y autónomo, sin que existan mecanismos de articulación y de coordinación interinstitucional permanentes. La organización del Sistema Nacional de Salud es un propósito fundamental de la política sectorial incluida en la Constitución política de 1998 y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, aprobada en el 2002.

Para el sector salud la estructura del Sistema Nacional de Defensa Civil no establece responsabilidades, sino más bien las determina para algunas de las instituciones que son parte del Sistema Nacional de Salud. La Ley de Seguridad Nacional establece diferentes frentes de acción de Seguridad Nacional: Interno, Externo, Militar y Económico²¹.

El Consejo Nacional de Salud de Emergencias (CONASAE), es una instancia conformada y normada legalmente, y es necesario ponerla en funcionamiento pleno.

LA GESTIÓN DE RIESGO EN EL SECTOR SALUD

La disposición del Ministerio de Salud contenida en el Acuerdo Ministerial N° 0000526 del 7 de mayo del 2004, apunta al establecimiento de la Red Nacional de Salud para atención de Emergencias y Desastres, liderada por la Dirección de Planeamiento de la Seguridad para el Desarrollo Nacional, Proceso DIPLASEDE, responsable de la Gestión de Riesgos y de la Planificación y Ejecución de la mitigación, preparación, prevención y atención de la salud en casos de desastres.

Se establece la conformación del Comité Operativo de Emergencias en Salud, que se define como “Componente del Sistema Nacional para enfrentar Emergencias y Desastres, responsable de promover, planear y mantener la coordinación y operación conjunta entre los diferentes niveles, jurisdicciones y funciones de instituciones involucradas en la respuesta y/o atención”.

Mitigar y recuperar la salud de las personas que habitan en territorio ecuatoriano manteniendo las de condiciones sanitarias adecuadas, la atención oportuna y eficaz y alcanzando la total involucramiento de entidades del sector Salud y de los otros sectores implicados, a nivel nacional de las seccionales y locales y especialmente a la comunidad

SITUACIÓN ACTUAL DEL SECTOR SALUD PARA ATENDER EMERGENCIAS Y DESASTRES

Uno de los problemas más delicados para enfrentar no solo la pandemia sino un desastre de cualquier índole, es la debilidad del sistema de salud ecuatoriano en materia de atención de emergencias y desastres, que se expresa en algunos puntos críticos como: a) Fragmentación e incoordinación del sector, b) Modelos de atención y organización insuficientes, c) Acceso inequitativo a los servicios de salud, d) Déficit de cobertura y baja calidad de la atención, e) Gasto ineficiente y no solidario, f) Bajo financiamiento público.

El país no cuenta con suficiente cultura de prevención y mitigación para emergencias y desastres y preparación adecuada del sector la salud para hacer frente a las emergencias y a los desastres, por lo que la amenaza de la pandemia, hace imperativo que el país realice un enorme esfuerzo para mejorar las capacidades para enfrentar un evento de la magnitud que hablamos.

2. LA INFLUENZA

TIPOS DE INFLUENZA

INFLUENZA AVIAR	INFLUENZA ESTACIONAL	INFLUENZA PANDÉMICA
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de las aves silvestres y de corral • Ocasionalmente causa enfermedad en personal en estrecho contacto con aves 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de humanos que se presenta cada año en los meses de invierno • Se caracteriza por inicio súbito con fiebre elevada, cefalea, malestar general intenso, tos, postración, dolor de garganta y rinitis. Durante unos 5 días • Afecta principalmente a menores de 23 meses y mayores de 65 años de edad, así como personas con alteraciones de la inmunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Se presenta tras la aparición de un nuevo virus de influenza A • Se presentan periódicamente y afectan a todos los continentes, afectando del 25 al 30% de la población mundial • El cuadro clínico es similar al de la influenza estacional pero con mayor intensidad y frecuencia de complicaciones • Produce una sobrecarga en la capacidad de respuesta de los Servicios de Salud • No hay vacuna disponible

INFORMACIÓN EPIDEMIOLOGICA

La influenza es producida por cualquiera de los tres principales tipos de virus: A, B y C y subtipos de A. La variación antigénica del virus A, hace necesaria la formulación de nuevas vacunas más de una vez al año. El tipo C produce pequeños brotes focalizados, generalmente no transmisibles.

El virus de la influenza A infecta a una gran variedad de especies animales, incluyendo humanos, cerdos, equinos, mamíferos marinos y aves. Estudios filogenéticos y ecológicos demuestran que las aves acuáticas son el reservorio y la fuente de estos virus para otras especies.

Desde 1996, los virus A/H7N7, A/H5N1 y A/H9N2 han sido transmitidos desde aves a humanos, pero, aparentemente han fallado en su difusión entre la población humana. En particular, el virus A/H5N1, desde inicios del 2003 ha ocasionado una epidemia de Influenza Aviar de alta patogenicidad en aves domésticas y silvestres en varios países de Asia, los humanos han sido afectado ocasionalmente pero con alta mortalidad, de alrededor de 50%. Los reportes científicos alertan sobre la posibilidad de la ocurrencia de una nueva pandemia de influenza en humanos originada por A/H5N1. Recientemente se han reportado brotes por A/H5N1 en aves migratorias en China, Rusia, Kazajstán y Mongolia, algunas de ellas con rango migratorio de aves intercontinental (Europa, Asia y Oceanía), habiéndose extendido la epidemia hacia países del este europeo (Rumania y Turquía).

Durante el siglo XX se presentaron cinco pandemias bien definidas en los años 1900, 1918 en la que se estima murieron 20 millones de personas, en 1946, 1957 y 1968.

Brotes de influenza aviar de baja patogenicidad han ocurrido periódicamente en varios países de América y la mayoría de los tipos de virus influenza A existentes en nuestro continente, lo que constituye un riesgo sumado a la agresiva forma de diseminación del virus A/H5N1 que podría alcanzar en los Países, en especial por la vía de las aves migratorias o por el comercio ilegal de aves.

FASES PANDEMICAS MUNDIALES

FASES	METAS EN SALUD PÚBLICA
<p>Periodo Interpandémico</p> <p>Fase 1: No se han detectado nuevos subtipos del virus de la influenza en los seres humanos. Un subtipo de este virus que ha causado infección humana puede estar presente en los animales. Si está presente en los animales, el riesgo de infección humana se considera bajo.</p> <p>Fase 2: No se han detectado nuevos subtipos del virus de la influenza en los seres humanos. Sin embargo, un subtipo del virus de la influenza animal que circula, representa un riesgo considerable de enfermedad humana.</p>	<p>Fortalecer los preparativos para una pandemia de influenza a escala mundial, regional, nacional e infranacional.</p> <p>Reducir al mínimo el riesgo de transmisión a los seres humanos. Detectar y notificar rápidamente la transmisión, cuando ocurra.</p>
<p>Período de Alerta Pandémica</p> <p>Fase 3: se detectan uno o varios casos de infección humana con un nuevo subtipo vírico pero sin propagación de persona a persona, o como máximo, raros casos de propagación a un contacto cercano.</p> <p>Fase 4: se detecta uno o varios conglomerados pequeños con transmisión limitada de persona a persona, pero, la propagación es muy localizada, lo cual indica que el virus no se adapta bien a los seres humanos.</p> <p>Fase 5: se detectan uno o varios conglomerados más grandes, pero la transmisión de persona a persona sigue siendo limitada, lo cual indica que el virus se adapta cada vez mejor a los seres humanos, pero tal vez aún no es plenamente transmisible (riesgo pandémico considerable).</p>	<p>Procurar una rápida caracterización del nuevo subtipo vírico, y detección, notificación y respuesta temprana a los casos adicionales.</p> <p>Contener el nuevo virus dentro de los focos limitados o retardar su propagación a fin de ganar tiempo para poner en marcha las medidas de preparación, entre ellas, la preparación de la vacuna.</p> <p>Maximizar los esfuerzos para contener o retardar la propagación, a fin de quizá evitar una pandemia y ganar tiempo para poner en marcha las medidas de respuesta.</p>
<p>Período Pandémico</p> <p>Fase 6: Pandemia: transmisión acrecentada y continuada en la población general.</p>	<p>Reducir al mínimo la repercusión de la pandemia.</p>

Descripción

La Influenza Aviar es una enfermedad viral altamente contagiosa que afecta gran variedad de aves, tanto domésticas como silvestres y que puede cursar desde una forma clínica leve e incluso asintomática, hasta una forma aguda y mortal.

La Influenza en humanos es una enfermedad febril, aguda, caracterizada por una afección del tracto respiratorio, que se acompaña de un compromiso sistémico que incluye cefalea, mialgias, fiebre moderada o alta y postración. Es causada por cualquiera de los tres principales tipos de virus de Influenza: A, B o C. Estos virus son clasificados como Orthomyxovirus, tienen 8 segmentos con capacidad de recombinarse entre ellos y con el genoma de aves y cerdos.

La mayor importancia de esta enfermedad es la rapidez de propagación de las epidemias, la extensa morbilidad y la gravedad de sus complicaciones que incluyen básicamente neumonías virales o bacterianas que causan la muerte.

La influenza ocupa un lugar preponderante en el grupo de enfermedades emergentes y reemergentes, por la propiedad que tienen los virus para realizar un rápido e impredecible cambio genético, que determina cambios antigénicos y modifica sustancialmente su comportamiento epidemiológico.

Patología

La influenza en las aves produce edema de la cabeza y cuello, fuerte congestión de la conjuntiva, exudado mucoso en la tráquea, hemorragias en el proventrículo y pared interna de la molleja, traqueitis hemorrágica y en ponedoras ovarios hemorrágicos con áreas oscuras necróticas.

La lesión primaria de la influenza humana es la necrosis del epitelio ciliado del tracto respiratorio, que usualmente es más grave en las porciones media y superior de la tráquea. Al comienzo de la infección, las células ciliadas necróticas se descaman dejando la línea celular basal intacta, la re-epitelización se inicia alrededor del quinto día y las células ciliadas se regeneran después de dos semanas.

La influenza grave o fatal se complica frecuentemente por una neumonía bacteriana, cuyos hallazgos patológicos dependen de la naturaleza del invasor secundario, sin descontar que la neumonía primaria del virus de la influenza puede ocurrir como un evento que amenace la vida.

Agente infeccioso

Los virus de la influenza pertenecen a la familia de los ortomixovirus y se dividen en tres tipos: A, B y C y son los responsables de la ocurrencia de epidemias de enfermedad respiratoria.

Los virus del tipo A, se dividen en subtipos de acuerdo a las proteínas de superficie denominadas hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N) presentes en el virus. Se han identificado 16 subtipos de H y 9 subtipos de N. En el siglo XX circularon entre los seres humanos virus de la influenza con solo tres subtipos de hemaglutinina y dos subtipos de neuraminidasa: virus de la influenza A (H1N1) y (H2N2) y (H3N2).

Los virus de influenza tipo A, pueden infectar a varias especies animales entre ellas los cerdos, las aves, los caballos, las focas y las ballenas. La cantidad de subtipos del virus de la influenza A, a partir de especies de mamíferos es limitada, pero en las especies aviares se han aislado todos los subtipos conocidos. Los virus del tipo B infectan casi exclusivamente a los seres humanos.

Reservorio

Los patos y las aves acuáticas son los principales hospedadores naturales de los virus de influenza, ya que alojan a todos los subtipos de virus conocidos.

Los humanos son los reservorios para las infecciones humanas, sin embargo algunos animales mamíferos y aves se constituyen en nuevas fuentes probables de nuevos subtipos humanos que aparecen por recombinación genética entre el virus animal y el virus humano. El virus recombinado puede contener antígenos del virus animal que pero con genes de influenza humana, que permiten que el virus sobreviva y se multiplique en el hombre.

Periodo de incubación

De uno a tres días en humanos y en aves de 3 a 7 días.

Periodo de transmisibilidad

De tres a cinco días desde el inicio clínico, hasta de siete días en los niños de corta edad.

Modo de transmisión

La transmisión en aves se produce por contacto directo o indirecto con aves acuáticas, que pueden liberar grandes cantidades de virus por las heces y contaminar un área determinada; una vez introducido en una explotación el virus se disemina de granja en granja mecánicamente a través de aves infectadas, equipo y utensilios contaminados y del personal.

La propagación por el aire es la principal vía de transmisión, se transmite de persona a persona por partículas de secreciones respiratorias expelidas de una persona enferma en forma de aerosoles al hablar, toser o estornudar.

Factores de riesgo

- Niños menores de cinco años
- Personas mayores de 65 años
- Trabajadores de hospitales, asilos, guarderías, escuelas, cuarteles.
- Personas con enfermedades respiratorias crónicas, cardiovasculares, inmunodeprimidas y crónico degenerativas.

Susceptibilidad y resistencia

Con un subtipo nuevo la susceptibilidad es universal, con excepción de las personas que tuvieron infecciones anteriores con un subtipo afin.

La infección confiere inmunidad contra el virus específico, cuya duración e intensidad dependen de las infecciones previas.

Aspectos clínicos

En las aves se pueden presentar los siguientes síntomas: depresión, inapetencia plumas erizadas, sed excesiva, diarrea acuosa verde brillante al principio y de color blanco después, cresta y barbillas tumefactas y diagnósticas, áreas hemorrágicas difusas en las patas y acumulación de moco y alteración respiratoria.

La enfermedad humana tiene gran variabilidad en las características clínicas, ocurren un alto número de infecciones tanto asintomáticas como sintomáticas. La severidad de la enfermedad durante las epidemias y/o pandemias puede alcanzar rangos tan amplios como casos de rinitis leves o faringitis, hasta casos con neumonía viral fatal.

Los síntomas respiratorios característicos de la influenza tienen relación con el compromiso primario del tracto respiratorio y se manifiestan por tos que puede o no ser productiva, obstrucción nasal, dolor de garganta. La ronquera es poco común.

Los síntomas sistémicos incluyen escalofríos, fiebre igual o mayor de 38° C que alcanza su pico a las 24 horas y dura de 1 a 5 días, se acompaña de malestar general, mialgias, dolor de cabeza. Ocasionalmente pueden presentarse fotofobia, náusea, vómito, diarrea y dolor abdominal.

La fiebre y la severidad del cuadro clínico, pueden ayudar a distinguir la influenza de otras infecciones respiratorias agudas, como el resfriado común; siendo mandatorio las pruebas de laboratorio para la confirmación del caso.

En niños, la sintomatología es similar, y puede estar presente diarrea, dolor abdominal, temperatura más alta, convulsiones y adenopatías. Además, puede haber miositis aguda caracterizada por dolor muscular y elevación de las enzimas musculares, que puede durar entre 24 y 48 horas.

Diagnóstico diferencial

SINTOMA	INFLUENZA	RESFRIADO COMÚN
Inicio de los síntomas	1-3 días	Más de 3 días
Fiebre	Elevada de 3 a 4 días de duración (39 a 40° C)	Ocasional, de 1 a 2 días de duración (37.5° C)
Malestar general Cefalea	La mayor parte del tiempo	Poco frecuente y de corta duración
Debilidad	Severa y de 5 a 7 días de duración	Leve, y de 1 a 2 días de duración
Rinorrea	Importante, la mayor parte del tiempo	En moderada cantidad
Tos	Seca y de inicio temprano	Productiva y de inicio posterior
Complicaciones	Bronquitis y neumonía	Poco comunes: otitis, sinusitis, bronquitis.

Complicaciones

Las complicaciones de la infección por virus de la influenza, se presentan con mayor frecuencia en pacientes mayores de 65 años, pacientes con enfermedades cardíacas crónicas, pulmonares o metabólicas. Las principales complicaciones incluyen:

- Sinusitis, otitis media
- Exacerbación de enfermedades de fondo: EPOC, insuficiencia cardíaca, crup, bronquitis, bronquiolitis, crisis asmáticas.
- Neumonía bacteriana y menos frecuentemente neumonía primaria de la influenza.
- Neumonías bacterianas secundarias, entre los 5 y 10 días de inicio de la sintomatología. Constituyen el mayor número de neumonías durante las epidemias.
- Síndrome de Reye, en pacientes que han usado salicilatos o sus derivados, especialmente niños.
- Mioglobinuria asociada a insuficiencia renal, transitoria, es rara
- Síndrome de choque tóxico por infección estafilocócica.

Medicamentos antivirales contra la gripe

Existen cuatro medicamentos clasificados en dos categorías: los derivados del adamantano e inhibidores de la neuraminidasa, que reducen la duración de los síntomas cuando se usan como tratamiento y que también pueden servir para prevenir la enfermedad cuando se usa como quimioprofilaxis. Se han aprobado cuatro medicinas antivíricas (amantadina, rimantadina, zanamavir y oseltamivir) para el tratamiento de la enfermedad. Estos medicamentos deben ser usados bajo vigilancia de personal de salud. El tratamiento antiviral dura 5 días y debe empezarse cuando mucho a los 2 días de haber aparecido la enfermedad.

Antivirales mas frecuentemente usados, según tipo de virus y edades recomendadas

	Oseltamivir	Zanamivir
Tipo de virus	Virus de la influenza tipo A y B	Virus de la influenza tipo A y B
Vía de administración	Oral	Inhalación oral
Edades para uso	1 año y más	7 años y más
Edades aprobadas para uso como quimioprofilaxis	13 años y más	No aprobado

Recomendaciones para la vacuna antigripal

Las vacunas son el principal medio de prevención de la influenza en la etapa interpandémica (estacional). La limitación que tienen en la pandemia, es el tiempo de producción de la vacuna desde el inicio de la circulación de la nueva cepa, hasta la disponibilidad operativa de la vacuna.

El objetivo de la vacunación es disminuir la morbilidad grave y las muertes ocasionadas por la influenza, por lo que las políticas deben centrarse en la vacunación de los grupos con mayor riesgo de complicaciones derivadas de la influenza y en los grupos con mayor probabilidad de transmitir la infección a personas con alto riesgo de complicaciones graves. Las personas consideradas con alto riesgo de complicaciones y en quienes se recomienda la vacuna antigripal son:

- Personas mayores de 65 años
- Residentes de hogares para convalecientes y otros establecimientos de atención a largo plazo.
- Adultos y niños con trastornos crónicos del sistema pulmonar o cardiovascular y asma.
- Los adultos y niños con enfermedades metabólicas crónicas, entre ellas, diabetes, disfunción renal, hemoglobinopatías, inmunodepresión incluso por el virus de inmunodeficiencia humana.
- Niños y adolescentes entre 6 meses y 18 años que reciben tratamiento con ácido acetilsalicílico (riesgo de contraer síndrome de Reye tras una infección gripal)
- Mujeres en el segundo y tercer trimestre de embarazo, durante la temporada de gripe.
- Niños de 6 a 23 meses.

Y en los siguientes grupos:

- Médicos, enfermeras y demás personal tanto de hospital como de centros de atención ambulatoria.
- Empleados de hogares para convalecientes y establecimientos de atención a largo plazo.
- Empleados de asilos o residencias similares.
- Personas que brindan cuidado residencial a personas o grupos de riesgo.
- Miembros de la familia de personas en grupos de alto riesgo, inclusive niños

El Ecuador introducirá la vacuna antiinfluenza estacional en 2006 con el objetivo de disminuir la carga de transmisión del virus que en contacto con eventual virus aviar tiene mayor riesgo de mutación. Esto también permitirá al país realizar el ejercicio de vacunación a grupos de riesgo, identificar y ubicar a este grupo, fortalecer su infraestructura para la vacunación, desarrollar competencia para desencadenar una eventual vacunación con cepa pandémica y disponer de un pronóstico de demanda con la industria productora de vacuna.

Ante la ausencia de vigilancia epidemiológica sistemática de la influenza, el Programa Nacional de Inmunizaciones realizara una revisión retrospectiva de las muertes por IRAs por provincias y meses de los últimos 5 años con el objetivo de conocer el comportamiento a través del año de estos cuadros y orientar la definición de usar vacuna estacional correspondiente al hemisferio norte y hemisferio sur.

Diagnóstico de laboratorio

La identificación de antígenos virales de secreciones faríngeas, nasales o de material de lavado nasofaríngeo se hace por inmunofluorescencia directa con anticuerpos específicos. El diagnóstico definitivo de influenza se hace por el aislamiento del virus en células de riñón canino Madin-Darby (MDCK). La prueba de inhibición de la hemaglutinación sigue siendo la prueba preferida de la OMS para determinar las características antigénicas de los aislados del virus. También, la infección se puede confirmar por serología específica entre sueros de la fase aguda y de convalecencia (ELISA).

Las muestras apropiadas para el diagnóstico son la secreción nasal, la secreción faríngea, lavados nasofaríngeos, las mismas que deberán obtenerse durante las 48 a 72 horas después de iniciarse la sintomatología.

La muestra del suero debe obtenerse al quinto día, alcanzando el pico máximo el décimo quinto día después del inicio de los síntomas, para obtener un nivel óptimo de anticuerpos.

El diagnóstico debe hacerse con muestras pareadas y la elevación de cuatro veces o más en el título de anticuerpos en dos o más muestras de suero tomadas al inicio de la enfermedad y durante la convalecencia.

Pruebas y tiempo de procesamiento

Prueba	Técnica	Tiempo de procesamiento
IFI	Inmunofluorescencia rápida	6 horas
Diagnóstico virológico	Aislamiento en cultivo celular	8 días
Diagnóstico serológico	Inhibición de la hemaglutinación	2 días

MEDIDAS DE CONTROL

Medidas preventivas:

1. Educar a la población y al personal de salud sobre el peligro de toser y estornudar sin protección y el riesgo de transmisión del virus desde las manos a las membranas mucosas (medidas de higiene personal).
2. Inmunización activa con vacunas disponibles hechas de virus inactivados que generan una protección de entre el 70 y 80%. Son necesarias dos dosis administradas con un mes de diferencia para las personas que no hayan recibido vacunación previa. Los programas de inmunización sistemática deben orientarse a las personas con mayor riesgo de presentar complicaciones y a las personas que diseminarian la infección (personal de salud y contactos directos). La vacunación debe realizarse cada año antes del brote de influenza previsto para la comunidad. La contraindicación señalada para la vacunación es la hipersensibilidad alérgica a la proteína de los huevos o uno de sus componentes.

3. La administración de quimioprofilaxis de la influenza A, pero no en la de tipo B, debe administrarse durante toda la epidemia en especial a las personas o grupos no inmunizados expuestos a un alto riesgo de complicaciones. Este tratamiento no afecta la respuesta de la vacuna contra la influenza por lo que debe considerarse la administración de vacuna y tratamiento cuando se busca la protección máxima inmediata.

Control del paciente y de los contactos.

1. Notificación inmediata a través del SIVE ALERTA a la autoridad de salud correspondiente, tanto de los casos sospechosos como de los confirmados.
2. El aislamiento es impráctico en casi todas las circunstancias por la demora con la que se realiza el diagnóstico. En caso de epidemia es conveniente aislar a los lactantes y niños en una misma sala durante los primeros cinco a siete días de la enfermedad.
3. No se recomienda ninguna desinfección concurrente.
4. Cuarentena: ninguna.
5. Protección de los contactos con como agentes quimioprofilácticos antivíricos contra las cepas de tipo A.
6. Tratamiento específico.

4. PROPOSITO DEL PLAN

Contar con estrategias que permitan para mantener al país libre de influenza Aviar.

Contribuir en la reducción del riesgo de pandemia, mitigar sus efectos y reducir los impactos negativos en la sociedad ecuatoriana a través del desarrollo de capacidades de prevención, respuesta y recuperación por parte del Estado y la preparación de la sociedad para enfrentar el evento.

OBJETIVOS

Para la etapa de PREPACIÓN:

- Mantener al país con el status sanitario como libre de Influenza aviar.
- Contar con un plan de control y erradicación de Influenza Aviar.
- Fortalecer y desarrollar la gestión del riesgo y la estructura de atención de Emergencias y Desastres a nivel país para el sector público y privado a través de los COE's, la Sala de Situación, sistemas de información en desastres, la Apreciación Estratégica de Seguridad Nacional, la Directiva para el Consejo de Seguridad Nacional y otros.
- Desarrollar las capacidades y destrezas en las instituciones del sector salud y de Sanidad Agropecuaria a nivel país y otros sectores involucrados para hacer frente a la posible presencia de la Pandemia utilizando como estrategia IEC en temas de .administración de desastres Planes de Emergencias Hospitalarios y de Contingencia, manejo de crisis y otros.
- Desarrollar a nivel nacional el Sistema de manejo de insumos y suministros y ayuda humanitaria en casos de emergencias y desastres SUMA
- Desarrollar la vigilancia epidemiológica en la fase prepandémica orientada para el control de virus de la influenza aviar y humana.
- Preparar al sector de la Salud y de Sanidad Agropecuaria para hacer frente a los desastres que ocasionaría la presencia de la Pandemia por Influenza.

- Asesorar a la Defensa Civil bases epidemiológicas en la calificación de la alerta correspondiente que determinaran las tres fases principales del ciclo de los desastres: Antes, Durante y Después.
- Desarrollar estrategias información, educación, comunicación y movilización social.

Etapas de atención

- Conducir técnicamente los máximos organismos del sistema de Defensa Civil en la gestión del Riesgo y la tensión de la Pandemia como un problema de Seguridad Nacional.
- Asumir y socializar el Decreto de Emergencia aplicando las disposiciones según el Marco jurídico Nacional para estados de Emergencias
- Aplicar Acciones previstas en los Planes de Emergencia y Contingencia incluyendo a los Organismos de apoyo (Cruz Roja Bomberos, Policía, FFAA y otros) y de los otros sectores involucrados.

5. VIGILANCIA DE LA INFLUENZA SEGÚN COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES DE LAS INSTITUCIONES INVOLUCRADAS

MINISTERIO DEL AMBIENTE

Se plantea mantener un sistema permanente de monitoreo de las aves migratorias ante un posible contagio de gripe aviar, para lo cual se propone las siguientes actividades:

IDENTIFICACIÓN DE SITIOS CON PRESENCIA DE AVES MIGRATORIAS

- Estudio y selección de los lugares donde hay aves migratorias, para establecer una vigilancia permanente. Esto presupone la contratación de un equipo interdisciplinario.
- La identificación de sitios para establecer el monitoreo y vigilancia, depende de información producida previamente y del conocimiento que la comunidad científica tenga sobre la ruta de las especies migratorias.
- Actualmente las áreas más importantes y sobre las que el Ecuador dispone de un registro preliminar, son la ciénaga de La Segua, Abras de Mantequilla, y las Lagunas de Ecuasal como los sitios de mayor congregación de las aves migratorias y de mucha importancia para su alimentación, descanso y reproducción.

IDENTIFICACIÓN DE OTROS SITIOS CON ALTA PROBABILIDAD DE PRESENCIA DE AVES MIGRATORIAS

- Identificación de Humedales con presencia cercana de criaderos de aves domésticas.
- El grupo interdisciplinario y de expertos ornitólogos, llevará un registro de todas las especies de aves migratorias que visitan los humedales del Ecuador y determinará las especies que ocurren.
- Identificadas estas especies, se les hará extracción de sangre, según muestreo realizado tratando que sea representativo de la población de aves migratorias identificadas en el lugar.
- La toma de muestras deberá realizarse en los meses de agosto, septiembre, octubre, noviembre y

diciembre, que es la temporada de mayor concentración de aves migratorias provenientes de Norte-América.

- Las muestras de sangre extraídas, serán trasladadas con las debidas medidas de precaución para su análisis en el Laboratorio Instituto Nacional Leopoldo Izquieta Pérez.

Es importante señalar que en el marco de la Convención sobre Humedales de Ramsar, se adoptó la Resolución IX.23 sobre el Manejo de los Humedales y las Aves Acuáticas en Respuesta a la Gripe Aviar Hiperpatogénica, donde se insta al Grupo de Examen Científico y Técnico (GECT) de esta Convención a que junto con el Grupo de trabajo científico sobre la gripe aviar, proporcione contribuciones pertinentes, sobre las medidas prácticas para reducir el riesgo de transmisión de la enfermedad entre las aves silvestres y las aves domésticas, destinadas a los organismos que elaboran planes para situaciones imprevistas y el manejo de humedales en relación con la gripe aviar hiperpatogénica; y pide a la Secretaría de la Convención de Ramsar que, en colaboración con el GECT, contribuya con los organismos internacionales pertinentes y el Grupo de trabajo científico sobre la gripe aviar, a compartir información, incluyendo asesoramiento práctico que ayude a los países a hacer frente a esta grave situación que evoluciona rápidamente.

MINISTERIO DE AGRICULTURA Y GANADERÍA A TRAVES DEL SERVICIO ECUATORIANO DE SANIDAD AGROPECUARIA - SESA

Se propone mantener al país con el estatus sanitario de libre de Influenza Aviar.

- El SESA organizará y presidirá el comité Interministerial para el Control y Erradicación de Influenza Aviar e Implementará las siguientes estrategias:

- **LEGALES:**

Emisión de Resoluciones Sanitarias que establezcan las medidas cuarentenarias obligatorias acorde con la situación detectada.

Definir responsabilidades y acciones de los sectores oficial y privado.

Asignación de personal para atender la emergencia y designación como autoridad sanitaria animal.

Definición del área de vigilancia y rastreo epidemiológico

Gestión de asesoría de países y/o expertos internacionales, que han enfrentado los desafíos de un brote.

- **SANITARIAS:**

Definición de áreas, infectada, de cuarentena y de vigilancia.

Definición del área de rastreo epidemiológico.

Definición de programas de muestreo serológico.

Definición de procedimientos de sacrificio, eliminación de cadáveres, manejo y eliminación de gallinaza.

Definición de procedimientos de desinfección y tiempo de vacío sanitario

Definir procedimiento para seguimiento de vigilancia sanitaria pos-eliminación de aves.

- **DIAGNOSTICO:**

Establecer una red de laboratorios autorizados para la realización de las pruebas diagnósticas.

Mantener como oficiales las pruebas de ELISA y AGP (como confirmatoria) del diagnóstico serológico de Influenza Aviar.

Estandarizar las pruebas de diagnóstico entre los laboratorios autorizados Serología, detección y aislamiento viral, prueba HA.

Proveer de suficiente cantidad de Kits y antígenos a los laboratorios autorizados.

- El nivel operativo estará presidido por la Comisión Nacional de Avicultura –CNA - como ente integrado legalmente por los gremios técnicos, de productores avícolas y el sector oficial. La CNA tendrá tres bases de sustentación institucional: la técnica representada por la Asociación de Médicos Veterinarios Especialistas en Avicultura del Ecuador, AMEVEA-E, la de productores avícolas, representada por la Corporación Nacional de Avicultores del Ecuador, CONAVE y la oficial, representada por el Servicio Ecuatoriano de Sanidad Agropecuaria, SESA.
- Activará el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Zoonositaria (SVEZ)
- El SESA implementará el control permanente de las zonas afectadas bajo control sanitario y vigilancia.
- Definirá procedimientos de sacrificio, eliminación de cadáveres, manejo y eliminación de gallinaza.
- Definirá procedimientos de desinfección y tiempo de vacío sanitario
- Definirá procedimiento para seguimiento de vigilancia sanitaria pos-eliminación de aves
- Definirá la red de laboratorios autorizados para la realización de las pruebas diagnósticas.
- Determinará las áreas bajo control sanitario y vigilancia; que son:
 - Área infectada: 3 Km.
 - Área cuarentena: 10 Km.
 - Área vigilancia: 30 Km.
- La toma de muestras las hará el personal técnico de las granjas, supervisado por técnicos del sector oficial.
- El Laboratorio matriz del trabajo de diagnóstico será el del Instituto de Higiene “Izquieta Pérez”. En su apoyo, están aprobados los Laboratorios Lafavet, compañía Anhalzer y PRONACA quienes harán las pruebas y entregarán sus resultados al SESA.

Las pruebas serológicas aprobadas por la OIE son ELISA y AGP. La segunda, será realizada oficialmente por el Laboratorio Izquieta Pérez quien por medio del SESA, conseguirá los antígenos y antiseros necesarios.

ACTIVIDADES DE VIGILANCIA SANITARIA

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica Zoonositaria (SVEZ), recibe el reporte de la aparición de un brote de enfermedad respiratoria en aves. Es el responsable de realizar todas las acciones tendientes a establecer y mantener los métodos de vigilancia, dentro de la zona de operaciones que permitan conocer en relación de tiempo y espacio la evolución del brote, bajo los siguientes lineamientos:

- a) Recolectar en forma sistemática datos relativos al brote.
 - b) Consolidar, evaluar e interpretar dichos datos.
 - c) Recomendar las medidas adecuadas a tomarse, y
 - d) Preparar la información y recomendaciones para el SVEZ y la CNA
- Inmediatamente, el SVEZ establecerá comunicación con la Dirección Ejecutiva del SESA y la CNA, para que se disponga el envío de personal técnico a fin de realizar la ubicación geográfica del brote, inspeccionar las características de la explotación, realizar necropsias para diagnóstico presuntivo y toma de muestras para el envío a los laboratorios.
 - Si el caso amerita, el Médico Veterinario del SVEZ, establecerá una precauarentena, que impida la movilización de aves, de sus productos, subproductos y derivados, tanto de entrada como de salida del área afectada. Se establecerá restricción rígida del tránsito de vehículos y de personas, proporcionando salvoconductos a los estrictamente necesarios, adoptando medidas básicas de Bioseguridad de lavado y desinfección.
 - Una vez conocidos los resultados de laboratorio, se comunicará a la sede de la CNA, para que convoque al grupo técnico de emergencia constituido por profesionales de AMEVEA-E e iniciar los preparativos para poner en marcha el plan de emergencia. Simultáneamente se realizan las actividades de investigación y rastreo en granjas aledañas, en búsqueda de parvadas con cuadros clínicos compatibles con Influenza Aviar.
 - La Dirección Ejecutiva del SESA comunicará de la novedad a la sede de la Organización Mundial de Sanidad Animal OIE, solicitando la ayuda en equipos de diagnóstico y personal especializado.
 - Con base en las necesidades, la CNA solicitará el concurso de Médicos Veterinarios capacitados públicos y/o privados para enfrentar la situación
 - El SESA implementará el control permanente de las zonas afectadas bajo control sanitario y vigilancia
 - La toma de muestras las hará el personal técnico de las granjas, supervisado por técnicos del sector oficial.
 - Los métodos de diagnóstico aprobados, son:
 - Estudio de muestras de suero (pruebas ELISA y AGP).
 - Aislamiento, identificación y tipificación del virus. Prueba HI
 - Investigación molecular RT-PCR y RT-PCR en tiempo real
 - Se determinan los procedimientos para el sacrificio, eliminación de cadáveres y manejo de la gallinaza.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFLUENZA HUMANA

Se propone mantener estrecha vigilancia a fin identificar nuevos virus circulantes en la población humana y alertar sobre comportamientos epidemiológicos que pudieran alertar sobre riesgo epidemiológico diferente al habitual.

Se seguirán los siguientes lineamientos:

1. Notificación inmediata y obligatoria a través del SIVE ALERTA, de los CASOS PROBABLES (sospechosos) Y CONFIRMADOS en humanos, desde las Unidades de Salud a las Áreas de Salud, Direcciones Provinciales respectivas y Dirección de Control y Mejoramiento de la Salud Pública – Vigilancia Epidemiológica.
2. Llenado y envío inmediato de la ficha de investigación clínica y epidemiológica de influenza. Ver anexo 1
3. Notificación negativa semanal de casos humanos, a través del SIVE ALERTA, desde las Unidades de Salud a las Áreas de Salud, Direcciones Provinciales respectivas y Dirección de Control y Mejoramiento de la Salud Pública – Vigilancia Epidemiológica.
4. Notificación inmediata de los casos sospechosos o confirmados de influenza aviar en animales por parte de las Coordinaciones Provinciales del SESA a las Direcciones Provinciales de Salud correspondientes y a la Dirección de Control de la Salud Pública del MSP – Vigilancia Epidemiológica.

DEFINICIONES DE CASO:

Caso presuntivo:

Todo paciente con fiebre de inicio súbito, igual o mayor a 38° C, con mialgias, fatiga, postración, tos que puede o no ser productiva y dolor de garganta.

Caso probable:

Todo paciente presuntivo, con síntomas del tracto respiratorio alto: congestión nasal, rinorrea, dolor de garganta, acompañada de algunos otros síntomas sistémicos como: dolor de cabeza, malestar, escalofrío, de intensidad moderada a severa, con antecedentes de contacto y/o manipulación de aves o proveniente de zonas consideradas de alto riesgo epidemiológico.

Caso confirmado:

A: Todo caso presuntivo o probable, con aislamiento viral positivo

O también,

B: Todo caso presuntivo o probable, con detección en sangre de anticuerpos detectados por inhibición de la hemaglutinación mayor a 1:20 o elevación del título en cuatro diluciones en un intervalo de dos semanas.

Vigilancia en Puestos Centinela:

Para la Vigilancia Epidemiológica de la influenza a través de Puestos Centinelas, se ha tomado en consideración el momento epidemiológico actual, Periodo ínter pandémico (fase 1) y un Periodo de alerta epidémica. En el primero, su objetivo es reforzar la caracterización del tipo y subtipo de virus de influenza humana circulante en el País a través de puestos centinelas en las provincias de Pichincha, Guayas y Azuay; y en el segundo periodo, establecer puestos centinelas para la vigilancia y caracterización de los virus de influenza aviar y humana, actividad que se realizará con la coparticipación de los Ministerios de Salud, Agricultura y Medio Ambiente (Ver anexo 2). Los puestos Centinelas están por determinar.

Puestos Centinelas para la caracterización de virus de influenza humana

PROVINCIA	UNIDADES
PICHINCHA	Hospital Eugenio Espejo Hospital Pablo Arturo Suárez Hospital Enrique Garcés Hospital Baca Ortiz
GUAYAS	Hospital Abel Gilber Pontón Centro de Salud N° 3 Hospital Francisco Icaza Bustamante Hospital Alfredo Valenzuela
AZUAY	Hospital Vicente Corral Moscoso Clínica particular

Para la caracterización del virus circulante de influenza humana se utilizarán las definiciones:

- Caso presuntivo, Caso probable y caso confirmado
- Criterios de laboratorio para el diagnóstico: aislamiento del virus en frotis nasofaríngeo o la detección directa del antígeno del virus de la influenza.
- Datos mínimos recomendados: Los contenidos en la Ficha de Investigación Clínica y Epidemiológica de Influenza
- Uso de los datos para la toma de decisiones:
 - Aislamiento rápido y caracterización antigénica de los virus de la influenza para la planificación de la fórmula de las vacunas.
 - Detección temprana de las epidemias de influenza a fin de permitir la aplicación de medidas de salud pública como la vacunación de grupos de riesgo y prever el efecto de la epidemia en los servicios esenciales.
 - Datos de morbilidad y mortalidad para calcular la repercusión y el costo del brote y de las medidas de control como la vacunación.
- Los casos detectados en los Puestos Centinelas, serán referidos al personal profesional especializado, para el manejo clínico y laboratorio respectivo.
- Las muestras se tomarán según el instructivo emitido por el INH
- Cuando la muestra sea positiva para influenza, se realizará el seguimiento del caso y de todos los contactos.
- La investigación deberá ser debidamente registrada y se elaborará un flujograma del recorrido del paciente.

Vigilancia en los puertos y aeropuertos internacionales:

- Los pacientes referidos por personal de las líneas aéreas y quienes voluntariamente acudan, serán atendidos en las Unidades de Salud de los aeropuertos, para facilitar la detección y toma de muestras en forma oportuna.
- Los casos "sospechosos" serán conducidos y atendidos en las Unidades Centinelas de mayor complejidad local.

Vigilancia general

- Se incluirá en el sistema de vigilancia centinela a los hospitales del IESS, Fuerzas Armadas, Policía y Privados.
- Se recabará la notificación diaria y/o semanal (según estadio Epidemiológico) de casos presuntivos,

- probables y confirmados de acuerdo a anexo adjunto, así como la notificación negativa semanal.
- Los casos “sospechosos” serán atendidos por personal profesional especializado, con el fin de disminuir la posibilidad de complicaciones y bajo la observancia estricta de medidas de bioseguridad.

Alerta en los hospitales y unidades de salud

Todos los hospitales de referencia serán alertados sobre la probabilidad de una epidemia.

Cada hospital deberá verificar la existencia de materiales y equipos para la contingencia.

El equipo de especialistas de cada hospital coordinará la capacidad de respuesta de acuerdo a la dotación de camas, unidades de tratamiento respiratorio, etc.

El personal de salud de todas las unidades, deben estar capacitado en la atención de casos de influenza, mediante el uso de protocolos estandarizados, especialmente en aquellos en los se presenten complicaciones.

Identificación de grupos de riesgo

En el marco de la salud de los trabajadores la exposición al virus de la Influenza tipo aviar, exige identificar la fuente del riesgo (conocimiento de la actividad laboral) y la forma como los trabajadores desarrollan la actividad.

Para la adopción de medidas de seguridad y protección en los lugares de trabajo deben considerarse que el virus, pueden no solo encontrarse en las vías respiratorias de las aves, plumas o excrementos frescos, así como de los pacientes, muchas de las secreciones será eliminadas directamente al ambiente y formarán parte del polvo común, dando lugar a una fuente de contaminación invisible.

Trabajadores de planteles avícolas, vendedores de aves para el consumo humano, cuidadores de zoológicos, pequeños centros dedicados a la crianza de aves de corral para la venta o autoconsumo: En estos debe tenerse especial cuidado en los procesos que involucren la manipulación de aves y los que realizan la limpieza.

Trabajadores de Salud: Considerando que el proceso de trabajo del sector salud presentan características especiales tanto en la organización y división del trabajo como en las profesiones que en este se desarrollan, es necesario identificar los grupos vulnerables o en mayor riesgo, esto nada más para priorizar en tiempo y espacio las actividades de protección y promoción, pero planificando también la intervención para aquellos grupos que pueden ser calificados como de menor riesgo. Esta aclaración es necesaria hacerla, pues el ambiente general que comparten están contaminado por la características aéreas de transmisión del virus.

Trabajadores y poblaciones cautivas: escuelas y otros lugares de trabajo, por que comparten el mismo ambiente y donde la ventilación es inadecuada o insuficiente.

EL LABORATORIO EN LA VIGILANCIA

Para garantizar un diagnóstico de laboratorio confiable y oportuno en condiciones de seguridad tanto para el personal de salud como la comunidad y el ambiente, seguiremos las siguientes orientaciones:

- Todos los procesos y procedimientos deberán contar con guía técnica.
- Los responsables de los hospitales centinelas y laboratorios del INH-MT involucrados en cada uno de los pasos, procedimientos y procesos (quién hace qué y cómo lo hace) deben estar claramente identificados y accesibles 24/7 (nombre, cargo, institución, número de teléfono y dirección electrónica).

- Las muestras aviares serán procesadas en ambientes de laboratorios distintos a los que se procesen o cultiven muestras humanas.
- La intervención del laboratorio –en este caso la red del INH-MT- coordinada con epidemiología y debe reflejarse a través de cuatro etapas:

1. Toma de Muestras

- Muestreo representativo en función de la definición de casos
- Protocolo para toma de muestra
- Descripción de los insumos de protección correspondientes para el personal
- Medio y condiciones de transporte de las muestras
- Modalidades de transporte seguro entre el hospital y el laboratorio

2. Diagnóstico presuntivo

- En primera instancia se adoptará la técnica de inmunofluorescencia
- El INH-MT de Guayaquil compartirá los reactivos proporcionados por Flu-net con los INH-MT de Quito y Guayaquil, previa capacitación o actualización del personal técnico
- Se notificará sistemáticamente el resultado de la inmunofluorescencia

3. Confirmación y tipificación en el INH-MT de Guayaquil

- Ante una prueba positiva A o B por inmunofluorescencia, se enviará la muestra al INH-MT para cultivo y prueba de la inhibición de la hemaglutinación
- Se estandarizarán las modalidades de transporte terrestre o aéreo entre la red del INH-MT y el INH-MT de Guayaquil
- Se notificará sistemáticamente el resultado del cultivo y de la Inhibición de la hemaglutinación

4. Caracterización en el centro regional de referencia

- Las cepas con subtipos inusuales se enviarán a los CDCs
 - La persona encargada del envío estará certificada para este efecto
 - El número de cuenta y datos de la persona contacto en la compañía internacional de transporte estarán claramente identificados y accesibles
 - Se contactará al destinatario del envío en los CDCs y se le solicitará el permiso de importación
 - Se notificará sistemáticamente el resultado de la caracterización
- El transporte terrestre de las muestras deberá estar estandarizado y obedecerá a las regulaciones nacionales vigentes.
 - El transporte aéreo nacional de las muestras entran en la categoría B (muestras para diagnóstico o Sustancia Biológica de la Categoría B) y el transporte aéreo internacional de los cultivos entran en la categoría A (Sustancias infecciosas de Categoría A). Ambos deberán cumplir con los requisitos internacionales de la IATA relativos al Transporte de Sustancias Infecciosas, OMS, septiembre 2005 (documento entregado al INH-MT).
 - Se dotarán los puestos centinelas y laboratorios del INH-MT con cajas P650 (transporte de muestras, categoría B) y el laboratorio del INH-MT de Guayaquil con cajas P602 (transporte de cepas, categoría A).
 - Se re-certificará al personal encargado del envío de muestras y cepas.
 - Se implementarán las normas de bioseguridad y buenas prácticas de laboratorios recomendadas por la OMS (Laboratory Biosafety Manual, Third Edition, 2005).
 - Se vacunará contra la gripe estacional en prioridad al personal directamente involucrado en el procesamiento de muestras de pacientes con enfermedad de tipo Influenza.
 - El personal de laboratorio dispondrá de los insumos necesarios para su protección (guantes, mandiles y respiradores N95) y se reactivará la lavandería institucional.

- Se implementarán las técnicas de inmunofluorescencia y cultivo en forma sistemática e inmediata. Se replicará el conocimiento en prioridad y a la brevedad posible para el personal de los INH-MT de Quito y Guayaquil.
- El cultivo de las muestras se efectuará en células de riñón canino Madin-Darby (MDCK).
- Se reactivará el programa de evaluación externa del Flu-net.
- Se constituirá y mantendrá un banco de cepas nacional.
- La implementación alterna de técnicas moleculares se efectuará gradualmente y previa capacitación y validación internacional y estudios de costo/efectividad.
- El uso puntual y excepcional de pruebas rápidas comerciales se efectuará previa validación de los kits por el INH-MT (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, condiciones de uso, conservación, costo/efectividad).
- Se elaborará un flujograma/algoritmo que contemple las cuatro etapas arriba mencionadas desde la definición de caso y toma de muestra hasta la emisión de los resultados. Se tomarán en cuenta las diferentes fases de la pandemia para reajustar la intervención.
- Un cronograma es necesario para definir las etapas de la implementación de la vigilancia por el laboratorio.
- Siguiendo las recomendaciones del Taller Internacional sobre Fortalecimiento de la Capacidad y Bioseguridad en los Laboratorios de América del Sur organizado por THS/EV, Sao Paulo, Brasil, 24-26 de agosto de 2005, se recomienda la implementación de un laboratorio de contención BLS 3 a nivel nacional y la readecuación de los ambientes de laboratorio de los INH-MT con buenas prácticas BLS 3.

A solicitud del Ministerio de Salud Pública y de la Representación de la OPS en Ecuador, el Programa Regional de Laboratorios de la Unidad de Medicamentos Esenciales, Vacunas y Tecnología en Salud de la OPS (THS/EV), seguirá con mucha atención los avances alcanzados por el MSP y el INH-MT en la revisión del componente de laboratorio del Plan de Vigilancia Epidemiológica de la Influenza

6. VACUNACION CONTRA LA INFLUENZA

Para influenza estacional (no pandémica)

Se prevé iniciar la vacunación contra influenza en el Ecuador orientado a grupos prioritarios como niños con enfermedades crónicas del aparato circulatorio, inmunodeprimidos, niños desnutridos, mayores de 65 años, embarazadas y trabajadores sanitarios. Se ha programado la utilización de 1'100.000 dosis de adultos y 450.000 para niños a un costo estimado de 3 millones de dólares. (Esta vacuna no protege frente a las cepas pandémicas).

Para influenza pandémica

La producción de vacuna depende de la caracterización de la cepa pandémica circulante y requiere de tiempos de hasta 8 meses desde que esto ocurra hasta la producción de la vacuna. El Ecuador no es un país productor por lo que el Ministerio de Salud ha gestionado la provisión de vacuna pandémica e inter-pandémica con el Instituto Butantan de Sao Paulo, Brasil. Este centro se prepara para la producción masiva de biológico.

La gestión de medicamentos

Los antivirales usados actualmente para la influenza no están disponibles en el país y su disponibilidad es muy limitada en el mercado mundial, se espera que ocurran cambios respecto a la política de producción de estos fármacos y mejore la posibilidad de accesos a estos por países no productores.

Los medicamentos constituyen la primera línea de atención a las personas para la profilaxis y el tratamiento, la disponibilidad de la vacuna es tardía desde que aparece la cepa endémica por el tiempo que media entre esto y la producción del biológico.

Tanto la vacuna como los medicamentos tienen tasas de protección entre 70 y 90% en adultos jóvenes. Se establecerá realizar gestiones para disponer de una reserva estratégica de insumos y medicamentos específicos, así como los que se requieren para el tratamiento de las complicaciones.

7. LA PREPARACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Se propone realizar acciones de fortalecimiento y adecuación de la red de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública que permitan dar respuesta en el menor tiempo posible y estar preparados para la atención de casos debido a la posible pandemia de influenza en el país.

Se requiere para el propósito:

- Actualizar la información sobre la existencia de la red de servicios de salud del Ministerio de Salud y alertar de todos los casos de notificación obligatoria del tipo de virus que se presente en el país.
- Garantizar el equipo mínimo necesario de los recursos humanos en las unidades operativas de acuerdo al nivel de complejidad y capacidad resolutoria.
- Abastecer de los insumos necesarios y medicamentos antivirales eficaces para la atención de los casos a nivel de las unidades operativas del nivel ambulatorio y hospitalario.
- Diseñar un Plan de Emergencia para los Hospitales
- Fortalecimiento de los laboratorios de virología con microscopios de inmunofluorescencia para identificar oportunamente el tipo de virus.
- Monitoreo y seguimiento de la atención en la red de servicios de salud del Ministerio de Salud.
- Mantener coordinación permanente con las Direcciones Nacionales del MSP responsables del Plan para garantizar un trabajo sostenido y articulado en todas las actividades previstas a fin de dar respuestas inmediatas y coordinadas en caso de una situación de emergencia sanitaria.

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES:

Para cumplir con el objetivo general se prevé realizar algunas actividades en cada uno de los objetivos específicos señalados:

La actualización la información sobre la existencia de la red de servicios de salud del Ministerio de Salud.

Actividades:

- Definir los niveles de los establecimientos de atención de salud donde, en condiciones ideales, deben tratarse los pacientes en una situación pandémica y evaluar la disponibilidad de éstos (capacidad para dar atención a pacientes de tipo ambulatorio y de hospitalización en casos de gripe aviar y enfermedad respiratoria aguda así como su manejo clínico).
- Aplicar la normativa vigente y comprobar el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Garantizar el funcionamiento de la Red de Ambulancias Nacionales (CIREM) y Unidades Móviles.
- Capacitar al personal de los Hospitales sobre la atención inmediata y aislamiento de los casos que se presenten durante la posible pandemia.
- La red de servicios del Ministerio de Salud está conformada por 1861 unidades operativas distribuidas a nivel nacional en las 22 provincias, en cada una de ellas existe un determinado número de unidades operativas de diferentes niveles de complejidad. (Se Adjunta Hoja Resumen por provincias).

Primer Nivel de Atención:

Para el primer nivel de atención tenemos: 153 Centros de Salud, 1.122 Subcentros de Salud, 434 Puestos de Salud, 21 Unidades Móviles y 3 Unidades Fluviales, En la etapa de Alerta de Pandemia, los funcionarios de cada una de las unidades operativas deberán recibir la capacitación y participar en todas las acciones que se implementen en el nivel local. Además, deberán determinar las limitaciones, las cuales deberán

quedar explícitas con el Jefe del Area de Salud.

Una vez establecido el estado de emergencia por la autoridad sanitaria las unidades operativas deberán implementar las medidas de prevención y atención establecidas según protocolos de atención definidos. Las unidades del primer nivel deberán tener la responsabilidad de asumir la atención ambulatoria de los pacientes con Influenza y la oportuna referencia al nivel de mayor complejidad en caso de requerirse.

Segundo y Tercer Nivel de Atención:

Existe 1 Hospital de Especialidades, 14 Hospitales Especializados, que corresponden al tercer nivel de atención y 23 Hospitales Generales (Provinciales) y 90 Hospitales Básicos (Cantoniales) que corresponden al segundo nivel de atención.

Se Coordinará con las Direcciones Provinciales de Salud para definir los Hospitales que cuenten con una mejor capacidad resolutive y nivel de complejidad.

Los funcionarios de los Hospitales deberán recibir la capacitación y participar en todas las acciones que se implementen en el nivel local. Además, deberán determinar las limitaciones, las cuales deberán quedar explícitas con el Director de la unidad de Salud.

Las unidades operativas de mayor complejidad de la red de servicios del MSP como los Hospitales Generales deberán ser los receptores iniciales de los pacientes que requieren hospitalización por Influenza en caso de Pandemia. Si sobrepasa su capacidad, posterior a la redistribución de camas los hospitales que le siguen con menor complejidad como son los Hospitales Básicos deberán también estar preparados para dar atención de hospitalización en esta patología.

Se deberá monitorear cada día las camas disponibles y las potenciales altas del hospital de tal manera de tener siempre la oferta diaria sobre todo durante el primer mes de la Pandemia, donde se producirá el mayor pico de hospitalización.

2. Garantizar el equipo mínimo necesario de los recursos humanos en las unidades operativas de acuerdo al nivel de complejidad y capacidad resolutive.

Actividades:

- Coordinar con la Dirección Nacional de Gestión de personal para realizar el diagnóstico y análisis de los recursos humanos existentes en la actualidad en todas las unidades operativas a nivel nacional .
- Definir mecanismos de acciones políticas y de emergencia para prever los recursos mínimos en cada una de las unidades operativas de atención inmediata en las que no existe el recurso necesario y garantizar la presencia del personal en nuestras unidades operativas durante la pandemia y post pandemia.
- Coordinar con entidades públicas y privadas que podrían proveer voluntarios que apoyen en la emergencia.

3. Abastecer de los insumos necesarios y medicamentos antivirales eficaces para la atención de los casos a nivel de las unidades operativas del nivel ambulatorio y hospitalario.

Actividades:

- Definir la necesidad y explorar las opciones para almacenar los suministros médicos adicionales, entre otros, equipos de protección personal y definir las fuentes de los suministros adicionales
- Determinar los medicamentos eficaces y útiles para el tratamiento de las complicaciones de influenza.
- Elaborar los planes de contingencia para la adquisición de los insumos médicos o suministros y medicamentos para los centros de atención a nivel nacional.
- Definir estrategias para la distribución de las reservas de suministros y de medicamentos.

4. Diseñar un Plan de Emergencia para los Hospitales

Actividades:

- Conformar el Comité Operativo de Emergencia Hospitalaria y los Equipos de Atención Pre Hospitalaria, Equipos de Atención Hospitalaria, Equipos de Apoyo Logístico y Administrativo y Brigadas Operativas.
- Elaborar protocolos de atención a pacientes de tipo ambulatorio y de hospitalización en casos de enfermedad respiratoria aguda así como su manejo clínico.
- Determinar el personal mínimo necesario en el hospital
- Determinar los suministros médicos y medicamentos antivirales y biológicos necesarios para la posible pandemia.
- Elaborar protocolos de bioseguridad del personal que de atención directa a los pacientes, manejo de desechos hospitalarios y cadáveres.

8. PLAN ESTRATEGICO DE COMUNICACIÓN Y MOVILIZACION SOCIAL

COMISION TECNICA DE INFORMACION

PROYECTO DE INTERVENCION EN OPINION PÚBLICA

Antecedente

La gripe aviar y el riesgo de pandemia han ocupado la atención mundial y la demanda de información de los entes oficiales.

En el Ecuador ha sido preocupante la alarma causada por los mensajes de los medios infundados para el caso del país. La desinformación ha impactado negativamente en la importante industria avícola ecuatoriana produciendo una seria restricción del consumo de pollos con series efectos negativos en el sector. Es necesario a través de información veraz preservar las importantes actividades económicas del sector a la vez del acceso alimentario de la población, especialmente la más pobre a los productos avícolas.

Es importaten mantener estrategias de información y alerta, sin alarma infundada para preparar a la población frente a la posibilidad de ingreso al Ecuador de un virus pandémico.

Objetivos

A corto plazo,

- Frenar y controlar la información relativa a la gripe aviar en medios de comunicación masivos nacionales y locales, tanto televisivos, radiales e impresos, que nos permita posicionar una postura oficial en la que se presenten el “Plan Nacional de Contigencia para Enfrentar una posible Pandemia de Influenza Aviar en el Ecuador”.

A mediano plazo,

- Posicionar mensajes de prevención del virus en la población general.

A largo plazo,

- Mantener una ciudadanía informada, orientada, y pro-positiva hacia los inconvenientes que podría ocasionar la llegada del virus a nuestro país.

Segmentación Funcional de Audiencias

Para una primera etapa en la que las estrategias seguramente serán genéricas que busquen una rápida disseminación de información y donde los objetivos y metas sobre la gripe aviar serán muy generales, se considerara una simple segmentación:

- GENERALES

Consideraremos a masas urbanas y rurales.

- PARTICULARES

Medios de comunicación y Colegios Profesionales.

Para la segunda etapa de planificación que necesariamente estará ligada al nivel de influencia de la comunicación en la conducta humana, sobre todo en opiniones y actitudes, se necesitará realizar un mapeo de audiencias.

Al ser un plan de comunicación en el que no se conoce el tiempo de duración ni la intensidad del mismo, por el hecho de ser preventivo, creemos interesante y necesaria realizar una sub-categorización de las audiencias como a continuación la planteamos:

- SUSTANTIVAS

Ciudadanos consumidores de la carne de pollo.

Empresas avicultoras privadas (propietarios, administradores y trabajadores).

Pequeños productores de aves de corral (propietarios).

Audiencias específicas seleccionadas.

Planteamos que estas audiencias deberán tener un nivel especial de acceso a la información, pues con ellos esperaremos respuestas planteadas por el programa.

- DE APOYO

Dirección de Comunicación de los Ministerios de Salud, Agricultura y Ganadería, y Ambiente.

Comité Técnico Interinstitucional de Vigilancia Epidemiológica.

- FACTORIALES

Presidente de la República.

Ministro de Economía y Finanzas.

Ministro de Salud Pública.

Ministro de Agricultura y Ganadería.

Ministra del Ambiente.

Representante OPS/OMS-FAO

Medios de Comunicación masiva nacionales y locales.

Cada uno de estos con un papel preponderante en arenas políticas, económicas, informativas y normativas especialmente.

- GENERALES

Grupos generales dispersos.

Los emisores

De primer orden (NACIONAL):

Son los encargados de emitir criterios técnicos científicos sobre la gripe aviar. Constituyen el primer referente de información.

- Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Agricultura y Ganadería-SESA.
- Ministerio del Ambiente.
- OPS/OMS-FAO

- Colegios profesionales.
- Direcciones de Comunicación de los actores antes mencionados.

De segundo orden (PROVINCIAL):

Son los encargados de apoyar los criterios emitidos por el primer grupo, es un nivel operativo pero de gran valor en la campaña. Generaran información, pero en referencia a la trabajada por el grupo anterior.

- Ministerio de Educación y Cultura.
- Secretaría de Comunicación del Estado.
- Subsecretarías, Direcciones Generales y Direcciones Provinciales de Salud, Agricultura y Ganadería, y Ambiente.
- Cámaras de la Producción.
- Cámaras de Comercio.
- Asociaciones de pequeños productores.

De tercer orden (LOCAL):

Encargados de operativizar las estrategias.

- Empresas privadas de avicultores.
- Nivel operativo de los Ministerios.

DEFINICIÓN DE ESTRATEGIA

LOS ENFOQUES DE INTERVENCIÓN DE LA COMUNICACIÓN

LA COMUNICACIÓN SOCIAL

Alcance: Audiencias aplicando ciertas prácticas.

Propósito: Fomentar los procesos de comunicación entre medios masivos e instituciones involucradas.

LA INFORMACIÓN

Alcance: Plan de alcance nacional.

Propósito: Audiencias perciban los beneficios del plan, traducidos en confianza y seguridad al momento de elegir consumir carne de pollo.

LA DIFUSIÓN CIENTÍFICA

Alcance: Que la información científica se disemine en la sociedad ordenadamente y cuidadosamente, para no causar pánico (si fuese el caso).

Propósito: Mejorar la capacidad de las audiencias para decodificar niveles básicos de la problemática.

Para la construcción y diseño de una estrategia efectiva tomaremos tres etapas al respecto del tema, sobre todo enfocándonos siempre a la opinión pública y el trabajo que podemos ejercer sobre ella, sin dar a entender que deseamos “evadir” -mucho cuidado con la palabra- para de esta manera cumplir uno de los fines determinados que es el “obtener la menor pérdida posible de credibilidad para nuestras respectivas instituciones y representantes”.

1. Desconcentración de Información.
2. Lanzamiento del Plan de prevención a medios de comunicación masiva, luego de haber iniciado la ejecución del mismo.
3. Jugar discursivamente con temas.

4. Identificación plena de actores, escenarios y discursos, para de una u otra manera saber direccionar el discurso, el escenario y los actores.

El éxito de nuestra campaña dependerá directamente de la accesibilidad y capacidad de negociación que tengan nuestros técnicos frente al Comité Interinstitucional que se desea formar, lo que no quiere decir que tengamos las metas propuestas allí, pero si, varios actores que resultan fundamentales al momento de intentar atacar la problemática.

Al momento, y de lo observado en la prensa nacional, la intensidad en las notas baja rápidamente y sobre todo la importancia se la enfoca a los esfuerzos que pueda hacer el ámbito relacionado directamente con Agricultura.

El nivel de influencia que necesitamos es el primario, pues atacaremos a las opiniones en medios de comunicación y para la operacionalización de esta etapa, necesitamos simplemente:

- Un análisis adecuado de información semanal que nos indique el qué, cuando y como vamos a actuar.
- Y ceñirse completamente al plan por parte de las máximas autoridades.

ACCIONES INMEDIATAS

Consolidación de bases de datos de los medios de comunicación.

Capacitación a los funcionarios de los Ministerios (todos) sobre IA.

Análisis de coyuntura semanal de información con respecto a la influenza aviar. Consolidada dentro del Comité.

Envío de información semanal al Comité Técnico General con conclusiones y recomendaciones (MSP-MMA-MAG).

Producción y selección de la información para trabajar la página web proporcionada por los miembros del Comité Técnico. El grupo de comunicadores dará el tratamiento a la información para ser divulgada.

ACCIONES A MEDIANO PLAZO

Planteamos estrategia de lanzamiento del Plan de Acción Interministerial.

Antecedentes:

Creemos inoportuno el lanzamiento de boletines de prensa aislados por los siguientes motivos:

1. La problemática en los medios de la IA está muerta y no podemos lanzar mensajes de alerta.
2. Los ministros deberían determinar la información institucional que quieren difundir y designar a los voceros respectivos.
3. Se recomienda hacer una presentación del Plan interministerial acompañado de información de los que es la IA y de la página web.
4. Se sugiere que se haga la presentación una vez que el Plan se esté ejecutando (Puntos centinelas, epidemiológicos) a principios de año siguiente cuando sean visibles ya algunos resultados del Plan.
5. Con la acción anterior se desea manejar un mensaje positivo de que el país ya está protegido.
6. Se puede iniciar la confección y el diseño de cierto material para la prensa cuando se lance el Plan.
7. Manejar ciertas acciones previsible una vez presentado el Plan para responder requerimientos de la prensa.
8. Definir el lugar donde se va a realizar el lanzamiento. Potencialmente Galápagos con la participación de los tres ministros.

Posibilidad de que los medios comprueben in situ como está funcionando los puntos centinelas.

CONFORMACIÓN DE LA COMISION TECNICA

Instancias:

- En el Ministerio de Salud con representación de todas las instancias institucionales
- En el Consejo Nacional de Salud (CONASA) como instancia del Sector Salud
- En el Nivel Interministerial
- En el Consejo Nacional de Seguridad del Estado

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.

1. CDC, Centers for Disease Control and Prevention. 2005, Guía provisional para la protección de personas que participen en actividades de control y erradicación de brotes de gripe aviar (o gripe del pollo) en EE.UU. Disponible en: <http://www.cdc.gov/flu/avian/es/protectionguid-es.htm>. Acceso el 19 de octubre 2005.
2. CDC Manual de Entrenamiento sobre Epidemiología y Vigilancia de Influenza, Centres for Diseases Control and Prevention. Atlanta, Georgia. 2005.
3. CDC Gripe aviar (gripe del pollo), brote del H5N1. Brote de gripe aviar en 2003-04 Enero 30 2004. Department of Health and Human Services
4. Instituto Nacional de Salud. Perú. 2005. Influenza: Módulo Técnico, Oficina General de Epidemiología
5. Chin James, Control de enfermedades transmisibles, Decimoséptima edición. Organización Panamericana de la Salud, publicación Científica y Técnica N° 581. 2001.
6. OMS. Plan Mundial de la OMS de preparación para una pandemia de influenza. Organización Mundial de la Salud. 2005-11-07.
7. OMS Vacunas contra la influenza. Documento de posición de la OMS. Boletín Epidemiológico Semanal. Organización Mundial de la Salud. Agosto 19 del 2005 N. 33, 2005, 80. 279-287
8. PANAFTOSA Conferencia Hemisférica de Vigilancia y Prevención de Influenza Aviar. Unidad de Salud Pública Veterinaria-OPS/OMS, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Brasil. 2005.
9. Secretaría de Salud de México, Plan Nacional de Preparación y Respuesta a una Pandemia de Influenza, Manual Operativo. 2005.
10. WER 2005 Avian influenza: frequently asked questions (updated on 19 October 2005) Weekly epidemiological record.No. 44, 2005, 80, 377-388 <http://www.who.int/wer>
11. WHO guidelines on the use of vaccines and antivirals during influenza pandemics. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (WHO/CDS/RMD/2004.8;
12. WHO http://www.who.int/crs/resources/publications/influenzaWHO_CDS_CSR_RMD_2004_8/en/
- 13 WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning. Epidemic Alert and Response. WHO/CDS/CSR/GIP/2005.4
14. WHO guidelines on the use of vaccines and antivirals during influenza pandemics. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 WHO/CDS/CSR/RMD/WHO_CDS_RMD_2004_8/en/)
15. Secretaría General del Consejo de Seguridad Nacional. Ley de Seguridad Nacional. Decreto Supremo #275 R/O 892. 9 de agosto de 1979. Registro Oficial #887 del 2 de agosto de 1979. p. 8
16. Escuela Politécnica Nacional. Zevallos Othón, Fernández Augusta y otros. Sin Plazo para la Esperanza. Reporte sobre el Desastre de la Josefina – Ecuador. 1993. Primera Edición. p. 51
17. OPCIT. Ley de Seguridad Nacional. p. 10
18. OPCIT. Escuela Politécnica Nacional. Zevallos, Fernández y otros. p. 52
19. Secretaría General del Consejo de Seguridad Nacional. Reglamento a la Ley de Seguridad Nacional. Decreto Ejecutivo #2264 R/O 642 del 14 de marzo de 1991. p. 13
20. OPCIT. Ley de Seguridad Nacional. Pp.12
21. Souza María 2003 Recopilación de Datos referente a Desastres Naturales y Antrópicos de los últimos cincuenta años en Ecuador. Informe OPS

Direcciones y teléfonos de contactos de instituciones involucradas:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Dr. Marcelo Aguilar
Teléf. 2904740
maguilarr@minsalud.gov.ec

Ministerio de Agricultura y Ganadería Servicio Ecuatoriano de Sanidad Agropecuaria (SESA)

Dr. Gustavo Oñate
Teléf. 2544472 y 2543 319
gonate@mag.gov.ec

Ministerio de Ambiente

Gabriela Montoya
Teléf. 2563429
gmontoya@ambiente.gov.ec

