

CONSEJO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS DEL DMQ

INFORME FINAL DE OBSERVANCIA DE POLÍTICA PÚBLICA No. 002/2021: POLÍTICA PÚBLICA DE INMUNIZACIÓN A GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA -PERSONAS ADULTAS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD- EN EL DMQ.

Fecha de inicio: 21 de abril -2021
Fecha de finalización: 4 de junio de 2021

Índice general

Índice de gráficos	3
Índice de tablas	3
Lista de acrónimos y siglas	4
Antecedentes e introducción	6
CAPÍTULO I: METODOLOGÍA	9
1.1 Objetivos del proceso de observancia	9
1.2. Proceso metodológico	9
1.3. Conceptos básicos	13
CAPÍTULO II: REFERENTE CONCEPTUAL Y ESTADÍSTICO	18
2.1 Referente Conceptual sobre inmunización	18
2.1.1 La Inmunización en la Región	18
2.1.2 La inmunización en el Ecuador	19
2.1.3 Estrategia Nacional de Inmunizaciones -ENI-	22
2.1.4 Inmunización en país en el caso de la H1N1 -2009-	24
2.1.5 Inmunización en país en el caso del COVID -19	25
2.2 Estadística vinculada a los procesos de inmunización:	27
CAPÍTULO III: INSTRUMENTOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS	33
3.1 Marco normativo	33
3.1.1 Derecho a una vida digna, libre de violencia y derecho a la salud.	33
3.1.2 Derechos Humanos en contexto de pandemia Covid-19	40
3.2 Planes de desarrollo	42
3.3 Implementación del servicio de inmunización en el DMQ	43
a) Actores del Sistema identificados dentro del proceso de inmunización:	45
b) Implementación del plan de vacunación y la actuación de los actores públicos	47
c) Las y los titulares de derechos frente al Plan de vacunación	59
d) Actores operativos y el plan de vacunación	71
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
4.1 Conclusiones	74
4.2 Recomendaciones	78
Bibliografía	82

Índice de gráficos

Gráfico No. 01: Procedimiento de Observancia de Políticas Públicas	10
Gráfico No. 02 Medios utilizados para el registro de PAM.....	61
Gráfico No. 03 Tiempo transcurrido para recibir la notificación	62
Gráfico No. 04 Tiempo utilizado para el traslado al centro de vacunación.....	64
Gráfico No. 05 Relación lugar de vivienda y lugar de centro de vacunación.....	65
Gráfico No.06 Tiempos de espera: fuera y dentro del centro de vacunación... ..	66
Gráfico No.07 Porcentaje de PAM que firmaron el consentimiento informado	67
Gráfico No. 08 Malestares sentidos posterior a la vacuna.....	68
Gráfico No. 09 Número de medios por los que le notifican	69
Gráfico No. 10 Modificación de centro de vacunación	70

Índice de tablas

Tabla 01: Levantamiento de información	11
Tabla 02: Levantamiento de información primaria.....	12
Tabla No. 03 Síntesis del Plan de Vacunación para prevenir el COVID-19 -21/01/2021-	48
Tabla No. 04 Experiencia de la UPSJ	54
Tabla No. 05 Dificultades y buenas prácticas identificadas por los centros de atención a PAM .	56
Tabla No. 06 Dificultades identificadas fuera y dentro del centro de vacunación	66

Lista de acrónimos y siglas

Sigla y/o acrónimos	Significado
AME	Asociación de Municipalidades del Ecuador
ARCSA	Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia
BCG	Vacuna contra la difteria y tétanos
CCD	Consejo Consultivo de Derechos
CDC	Centro para el Control y Prevención de Enfermedades
CIDH	COMISIÓN Interamericana de Derechos Humanos
CM	Código Municipal
CNC	Consejo Nacional de Competencias
CNI	Consejo Nacional para la Igualdad
CNT	Corporación Nacional de Telecomunicaciones
CONAGOPARE	Consejo Nacional de Gobiernos Parroquiales Rurales del Ecuador
CONGOPE	Consortio de Gobiernos Autónomos Provinciales del Ecuador
COOTAD	Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización
COPFP	Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas
Corte IDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
CPD	Consejo de Protección de Derechos
CRE	Constitución de la República del Ecuador
CZ	Coordinación zonal
DDHH	Derechos Humanos
DMQ	Distrito Metropolitano de Quito
DPE	Defensoría del Pueblo Ecuador
DT	Vacuna contra la Difteria y Tétanos
ENI	Estrategia Nacional de Inmunizaciones
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
GAD	Gobierno Autónomo Descentralizado
GAP	Grupo de atención prioritaria
MDMQ	Municipio del Distrito Metropolitano de Quito
MINEDUC	Ministerio de Educación
MINTEL	Ministerio de Telecomunicaciones
MSP	Ministerio de Salud Pública
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OEA	Organización de Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Plan Ampliado de Inmunización
PAM	Persona Adulta Mayor
PAM	Personas Adultas Mayores
PCD	Persona con Discapacidad
PMDOT	Plan Metropolitano de Ordenamiento Territorial
pp	Políticas públicas
SAGE	Grupo de Personas Expertas en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización

Elaborado por: TM/AA/DA/OPP

Insumos: EA, GP, CC /CT

Revisado por: SH-CT /08 y 17-06-2021

Retroalimentado por actores consultados: equipo de CT/07-06-2021

Aprobado por: VM/SE/CPD 29-06-2021

Sigla y/o acrónimos	Significado
SE	Secretaría Ejecutiva
SIS	Secretaría de Inclusión Social
SMS	Mensaje de texto
SPI	Sistema de Protección Integral
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UPSJ	Unidad Patronato San José
Gf	Grupos focales

Antecedentes e introducción

El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud -OMS- declaró la emergencia de salud pública de preocupación internacional y un mes después la catalogó a la pandemia de la COVID-19, como una pandemia, por el alto número de personas contagiadas, pertenecientes a varios países y de diferentes continentes, lo que agravaba y complejizaba la situación de la salud a nivel mundial.

En tanto a nivel local el Alcalde del Distrito Metropolitano de Quito, declaró la Emergencia Sanitaria en la ciudad, el 12 de marzo de 2020 y cuatro días después mediante Decreto Ejecutivo Nro. 1017 se declaró a nivel nacional “el estado de excepción por calamidad pública en todo el territorio nacional, por los casos de coronavirus confirmados y la declaratoria de pandemia de la COVID-19, por parte de la Organización Mundial de la Salud, que representan un alto riesgo de contagio para toda la ciudadanía”.

A mediados del 2020, a nivel mundial las compañías farmacéuticas comenzaron con el desarrollo de vacunas contra el virus, lo que obligaba a los países a pensar en la construcción de planes de vacunación los mismos que se implementarían a medida que los organismos competentes aprobarán la seguridad y eficacia de las vacunas contra la COVID-19 y los países por su parte comenzarán a adquirirlas.

Es así que el Ministerio de Salud como ente rector de la política pública inició en octubre de 2020 la conformación de un “equipo encargado de desarrollar el Plan Nacional de Vacunación COVID-19, a efectos de formular las bases y lineamientos relacionados con la introducción al territorio ecuatoriano de las nuevas vacunas COVID-19 para la población ecuatoriana” (MSP, s.f.); y en diciembre del mismo año el MSP, publicó en su página oficial un Plan para prevenir la COVI-19 cuyo objetivo era “Establecer las estrategias para las intervenciones de vacunación contra la COVID-19 considerando la situación epidemiológica, poblaciones de mayor riesgo y el acceso a la vacuna” (MSP, 2020).

Posteriormente el 21 de enero de 2021 el MSP publicó en la página web la nueva versión del plan en la cual se planteó un nuevo objetivo como fue “reducir la morbilidad y la mortalidad causada por esta enfermedad, protegiendo a los grupos más vulnerables mediante la vacunación frente a COVID-19 en un contexto de disponibilidad progresiva de vacunas en el período 2020-2021” (MSP, 2021).

En este contexto el MSP inició con una fase piloto de implementación del plan con las primeras dosis que arribaron al país en enero de 2021; para posteriormente iniciar con la fase 0 que contemplaba no solo personal de primera línea sino también a personas adultas mayores -PAM- que se encontraban en centros de atención y el personal de dicho centro.

En marzo de 2021 inició la fase 1 de vacunación, la cual incluía a las PAM y personas con discapacidad -PCD -grupos poblacionales sobre los que versará este informe-. En esta fase se agudizaron los problemas evidenciados no solo en medios de comunicación, redes

sociales sino también desde la vivencia de las y los titulares de derechos quienes se sintieron maltratados por el Estado en el proceso de vacunación.

Es así como el Consejo Consultivo de Derechos de Personas adultas mayores, a través de su Consejera presentó una petición al pleno del Consejo de Protección de Derecho -CPD-, en sesión ordinaria del del 29 de marzo de 2021, en la cual solicitó que se realice un proceso de observancia frente a los hechos de maltratos vividos por las y los adultos mayores en los centros de vacunación.

En este contexto el Pleno del CPD, en el marco de las competencias establecidas en el COOTAD y el Código Municipal, resolvió mediante Resolución Nro. 212 en su Art.1 Acordó: “Realizar una observancia sobre el plan de vacunación contra el COVID a los Grupos de Atención Prioritaria y su respectivo seguimiento”, la misma que se operativiza a través de la Secretaría Ejecutiva, instancia operativa del Consejo, y se activó el procedimiento de Observancia de política pública, con el objetivo de “Analizar de qué manera la estrategia nacional de inmunización, se adaptó a la emergencia sanitaria por COVID 19, en el DMQ, considerando aquellas personas en alta vulnerabilidad dentro de los grupos de atención prioritaria”, en este sentido se centró el análisis en las personas adultas mayores y personas con discapacidad ya que por su condición de encuentran en situación de extrema vulnerabilidad, sobre todo en el contexto de la pandemia, así mismo el análisis de estos dos grupos de lo realizó en el marco de la interseccionalidad.

Este proceso inició con el pedido de información a 16 actores identificados dentro del proceso de implementación del Plan de vacunación en el DMQ, observando la primera dificultad cómo fue la falta de respuesta del 50% de entidades a quienes se solicitó información, a pesar de que la Constitución de la República del Ecuador -CRE- obliga a las entidades públicas a entregar la información que es pública.

Pese a ello, con la información disponible y con el levantamiento de información de fuentes secundarias se logró elaborar el presente informe, mismo que está desarrollado en cuatro capítulos:

- En el primero se presenta la metodología utilizada.
- El segundo capítulo abarca la conceptualización sobre lo que implica la inmunización, identificando que, el país tiene una trayectoria pionera y relevante en temas de inmunización que data de la década del 60 y 70, lo cual permitiría pensar que frente a una emergencia como la pandemia del COVID, en 5 meses de implementación del plan de vacunación, debería evidenciarse no solo resultados numéricos respecto a la cantidad de personas vacunadas, sino que debería permitir conocer cómo ha sido operativizada de manera eficiente, efectiva en el territorio, logrando que los GAP -PAM y PCD, sean vacunados en un contexto de dignidad y respeto a sus derechos humanos.

Esto se evidenció como el “deber ser”, en tanto que los resultados evidencian algunas debilidades frente a la calidad del servicio de vacunación, considerando el antes,

durante y después de la vacunación; además en este capítulo se presentan algunos conceptos importantes de recordar y/o conocer y finalmente algunos datos estadísticos que permite conocer qué pasó con la política pública de inmunización desde el 2018, esto implica el cuadro básico de inmunización, la influenza, y ahora el covid-19.

- El tercer capítulo se divide en 3 apartados: el primero donde se presenta la normativa nacional, internacional que brinda el soporte a la política pública de inmunización y permite visualizar la necesidad de hacer una lectura integral, donde se consideren los principios, enfoques y un análisis interseccional que permita tomar decisiones – entre otros temas - sobre la priorización de los GAP y no olvidarse que dentro de ellos existen personas con múltiples vulnerabilidades que deben ser priorizadas en este proceso de vacunación.

El segundo apartado permite mirar la política pública plasmada en los planes de desarrollo sean estos de nivel internacional como los Objetivos de Desarrollo Sostenible, a nivel nacional el Plan de Desarrollo Toda una Vida y en el ámbito local el Plan Metropolitano de Desarrollo y Ordenamiento Territorial; cada uno de ellos permite afirmar que el derecho a la salud se traslada a políticas públicas de acceso universal a servicios de salud lo que incluye el servicio de inmunización.

Y el tercer apartado donde a partir de la información remitida por 8 entidades públicas, y la que fue levantada con los titulares de derechos, entidades de atención y personal operativo de salud, permite identificar hallazgos que pueden ser considerados problemas y/o buenas prácticas que en un proceso emergente por el COVID-19, son inevitables, relacionadas con: la coordinación interinstitucional y multinivel; el reconocimiento de sus equipos técnicos; la incorporación del análisis de los GAP desde los diferentes enfoques de derechos humanos y la interseccionalidad; la importancia de acercar el servicio al territorio y a las personas con mayores vulnerabilidades, entre otros temas. Lo cual pone en evidencia que el plan de vacunación en sus primeros 5 meses logró vacunar a las personas, pero no logró alcanzar parámetros de calidad que garanticen los derechos de las PAM y PCD, especialmente el buen trato en el servicio.

- Finalmente, el capítulo 4 presentan las conclusiones del proceso a partir de las cuales se emiten las recomendaciones como un insumo técnico que permita a los actores del Sistema en este caso, especialmente, al MSP tomar decisiones y correctivos para que los grupos de atención prioritaria y aquellos con mayores vulnerabilidades no sean olvidados en este plan de vacunación.

CAPÍTULO I: METODOLOGÍA

1.1 Objetivos del proceso de observancia

Objetivo general

Analizar de qué manera la estrategia nacional de inmunización, se adaptó a la emergencia sanitaria por COVID 19, considerando aquellas personas en condición de doble o más vulnerabilidad dentro de los grupos de atención prioritaria.

Objetivos Específicos:

- Analizar de qué manera el Plan Nacional de vacunación para prevenir el Covid-19 es implementado en el DMQ.
- Identificar en qué medida los criterios de selección de los grupos considerados en la fase 0 y 1 incorporaron a los grupos de mayor vulnerabilidad dentro de los grupos de atención prioritaria.
- Identificar los nudos críticos y buenas prácticas en la implementación -de la fase 0 y 1- del plan de vacunación para prevenir el COVID-19 relacionados con los grupos de atención priorizados para este análisis.
- Generar las recomendaciones pertinentes a los entes rectores y ejecutores de la política pública de salud.

1.2. Proceso metodológico

El proceso de observancia de la política pública de inmunización se centrará en un análisis cualitativo, porque al ser un tema emergente la investigación será exploratoria a partir de las experiencias vividas por las/os titulares de derechos y sus acompañantes; también se considerará la documentación oficial remitida por las entidades rectoras de la política, y se recogerá insumos de manera aleatoria de los medios de comunicación para tener una efectiva triangulación de la información.

Toda la información levantada fue analizada en el marco en el marco conceptual adecuado, con el objetivo de establecer un análisis integral.

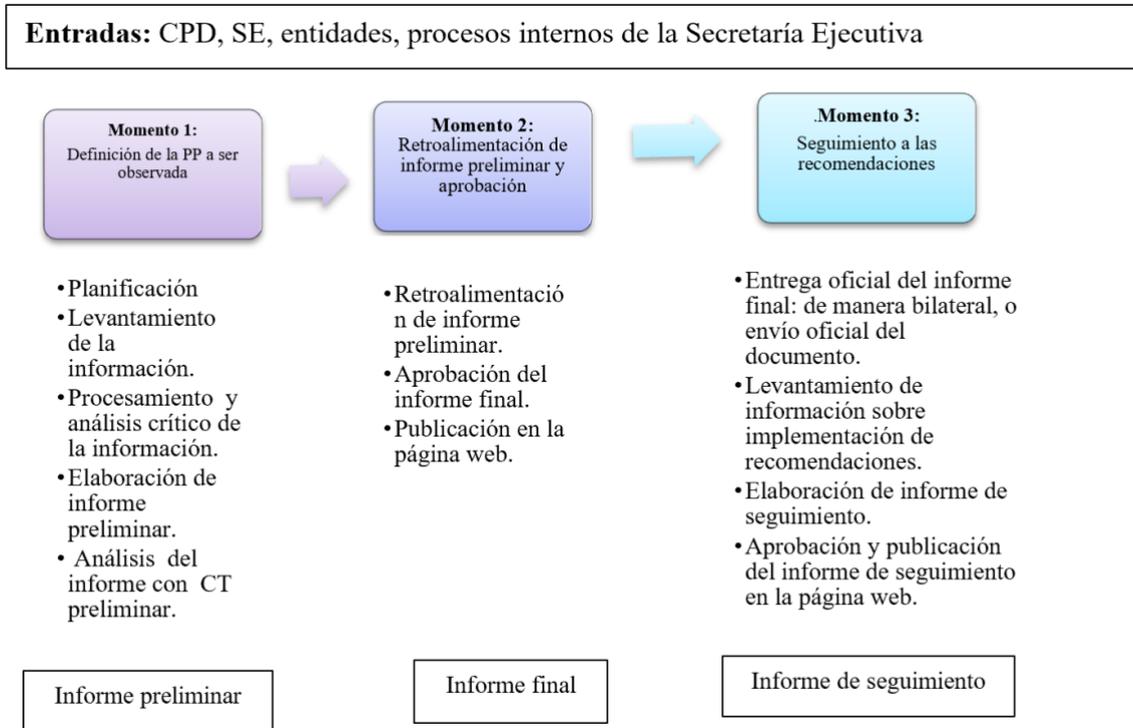
Los instrumentos técnicos utilizados para el levantamiento de información son:

- Pedidos de información oficial a las entidades rectoras de la política pública a nivel nacional y local.
- Levantamiento de información a titulares de derechos y acompañantes¹ a través de diferentes técnicas de investigación: grupos focales -virtual-, entrevistas, encuesta en línea, historia de vida.
- Entrevistas a informantes calificados.

¹ Se utilizó una metodología denominada bola de nieve: esta se utiliza por la dificultad de encontrar a los individuos, para lo cual se hizo la identificación de los actores mediante contacto con los/ las integrantes de los consejos consultivos de titulares que son el grupo objetivo del presente del proceso de OPP, así

La metodología del proceso de observancia se desarrolló a partir de tres momentos.

Gráfico No. 01: Procedimiento de Observancia de Políticas Públicas



Momento 1: Definición de la política pública a ser observada

La definición de los procesos de observancia está anclada a la planificación anual, existiendo particularidades que requieren el replanteamiento de los temas enfatizados en el año para la activación de un proceso de observancia.

Es así como en Sesión Ordinaria del 31 de marzo de 2021, el Pleno de este Consejo de Protección de Derechos, mediante Resolución No. 212 en su Art. 1 Acordó: “Realizar una observancia sobre el plan de vacunación contra el COVID a los Grupos de Atención Prioritaria y su respectivo seguimiento”. En este contexto y en base al procedimiento de observancia de política pública, se activó el momento 1 que implica el levantamiento y procesamiento de información que se solicite a todas las entidades rectoras de la política pública que se encuentran desarrollando diversas acciones en torno a la implementación de la vacunación en el Distrito Metropolitano de Quito, esto se lo hizo en el marco del Plan de Observancia elaborado para analizar la temática establecida.

Una vez analizada la Resolución se delimitó el grupo objetivo del análisis a:

- a. Personas Adultas Mayores-PAM- en su diversidad (se incluye PPL mayores de 65 años, habitantes de vida en calle, diversidades sexo genéricas, movilidad humana).

- b. Personas con discapacidad -PCD- (se incluye PPL con discapacidad mayores de 65 años, habitantes de vida en calle, diversidades sexo genéricas, movilidad humana).

Adicionalmente se consideró que el período para el análisis estaría comprendido entre el mes de marzo -inicio de fase 0-, hasta mayo 2021 -fase 1-; tomando en cuenta que en estas dos fases estarían considerados los dos grupos de análisis del presente proceso.

Metodológicamente fue necesario establecer la fecha del cierre de la recepción de información solicitada a las diferentes entidades; para dar paso al respectivo análisis. Por lo tanto, la fecha de cierre fue en un inicio el 21 de mayo del 2021; sin embargo frente al pedido de algunas entidades se amplió dicha fecha hasta el 28 de mayo de 2021, por consiguiente toda información entregada posteriormente no fue considerada en el presente informe

A continuación, se presenta el levantamiento de información con aquellos actores claves institucionales, en el marco del proceso de observancia.

Tabla No. 01: Levantamiento de información

Fecha	Nombre	Entidad
19 de abril	Mauricio Flores	IESS
29 de abril	Vicente Taiano	MIES
29 de abril	Camilo Salinas	MSP
29 de abril	Martha Alexandra Moncayo	CNT
29 de abril	Ximena Guadalupe Abarca	Secretaría Metropolitana de Salud del MDMQ
29 de abril	Carlos Andrés Michelena	Ministerio de Telecomunicaciones
03 de mayo	Pilar Merizalde	CONADIS
03 de mayo	Silvia Rodas	CNIMH
03 de mayo	Francisco Cevallos Tejada	CNII
03 de mayo	Monserrat Creamer	MINEDUC
03 de mayo	Gabriela Quiroga	Secretaría de Inclusión Social del MDMQ
03 de mayo	Nelson Maldonado	Unidad Patronato San José
03 de mayo	Isabel Maldonado	STTUV
03 de mayo	Inés Eulalia Martínez	Secretaría Metropolitana de Educación del MDMQ
03 de mayo	Eduardo Enrique Moncayo	SNAI
07 de mayo	Freddy Carrión Intriago	DPE

Elaborado por: OPP_AA/CPD

El pedido de información fue realizado en el marco de sus competencias y considerando las acciones realizadas en el marco del plan de vacunación por cada una de las instituciones.

Durante el levantamiento de información se identificaron las siguientes limitaciones:

- El país se encontraba en un período de cambio de gobierno, lo cual limitó la entrega de la información requerida.
- Que el 50% de las entidades a quienes se solicitó información no la remitieron, a pesar de las disposiciones normativas.

Elaborado por: TM/AA/DA/OPP

Insumos: EA, GP, CC/CT

Revisado por: SH-CT /08 y 17-06-2021

Retroalimentado por actores consultados: equipo de CT/07-06-2021

Aprobado por: VM/SE/CPD 29-06-2021

- Las entidades que participan en el Pleno del Consejo de Protección de derechos, a pesar de conocer la resolución respecto a la activación del proceso de observancia no remitieron la información solicitada. Esto refleja que las entidades no se reconocen parte de este Consejo y menos aún del SPI.
- Hasta el 28 de mayo de 2021 no se recibió ninguna respuesta de dos entidades claves frente al tema analizado:
 - El rector de la política pública de salud no remitió información, lo que limitó el análisis de la temática observada.
 - A nivel local no se contó con la respuesta por parte de la Secretaría Metropolitana de Salud.
- La urgencia de realizar el análisis limitó la apertura de la consulta a un mayor número de titulares o entidades de atención.

También se realizó el levantamiento de información con titulares y acompañantes, con el objetivo de identificar los nudos críticos y buenas prácticas identificadas en la vivencia de la vacunación, desde sus miradas. Para lo cual se consideró tres momentos del proceso de vacunación.

Momentos
Antes de la vacunación: Considera información relacionada con acciones, procesos, coordinaciones previas al proceso de implementación del plan de inmunización en el DMQ
Durante la vacunación: se considera información, relacionada con acciones, procesos, coordinaciones que las PAM y PCD viven el día de notificación para la vacunación
Después de la vacunación: se considera la información sobre las reacciones adversas y secundarias o efectos que tuvieron PAM y PCD, desde su vivencia.

Tabla 02: Levantamiento de información primaria

Fecha	Nombre	Actor/institución
14 de mayo	Marcelo Chalá	Titular
17 de mayo	Miguel Molina	Acompañante de persona con discapacidad.
19 de mayo	Grupo focal	5 entidades de atención a adultos mayores
17 de mayo	Acompañantes	Personas que acompañaron a personas adultas mayores.

Elaborado por: OPP_AA/CPD

Como parte del proceso metodológico, se realizó simultáneamente el levantamiento de información sobre normativa internacional, nacional y local, así como planes, estadísticas, documentos técnicos relacionados con la política pública analizada, lo que permitió realizar un análisis integral, sobre el tema analizado.

Momento 2: Retroalimentación de informe preliminar y aprobación

Este proceso de observancia por su naturaleza, debe ser concluido de manera inmediata para que sea conocido por el Pleno del CPD y lograr incidir, en la retroalimentación de la política pública de inmunización, razón por la cual no fue posible retroalimentar el informe con los actores claves identificados, sin embargo, en el marco del procedimiento de observancia,

Elaborado por: TM/AA/DA/OPP

Insumos: EA, GP, CC/CT

Revisado por: SH-CT /08 y 17-06-2021

Retroalimentado por actores consultados: equipo de CT/07-06-2021

Aprobado por: VM/SE/CPD 29-06-2021

se desarrolló el 07 de junio de 2021, un espacio de retroalimentación con el equipo técnico de la Secretaría de Ejecutiva del CPD, cuyas observaciones fueron incorporadas en el presente informe.

Una vez que el Pleno del CPD conozca el informe, éste será subido a la página web para conocimiento de la ciudadanía.

Momento 3: Seguimiento a las recomendaciones

El informe es revisado por la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Protección de Derechos, previo a su aprobación por el Pleno del CPD, esto permitirá la entrega del informe de manera oficial a las entidades y posteriormente activar el seguimiento de las acciones emprendidas en el marco de las recomendaciones emitidas a cada una de las entidades.

Finalmente, el informe de seguimiento será subido a la página institucional.

1.3. Conceptos básicos

Para hacer un análisis integral de la política pública de inmunización se presentan a continuación algunos conceptos técnicos que le permitirán al lector contar con elementos relacionados con la inmunización y que posiblemente no sean de uso frecuente

- **Pandemia:** es la “propagación mundial de una nueva enfermedad” (OMS)².
- **Inmunización:** es “el proceso por el que una persona se hace inmune o resistente a una enfermedad infecciosa, por lo general mediante la administración de una vacuna. Las vacunas estimulan el propio sistema inmunitario del cuerpo para proteger a la persona contra infecciones o enfermedades posteriores” (OPS)³.
- **Vacuna:** es “cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. Puede tratarse, por ejemplo, de una suspensión de microorganismos muertos o atenuados, o de productos o derivados de microorganismos” (OPS)⁴.
- **COVID-19:** es una enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019” (OMS)⁵. El COVID- 19 se “propaga más fácilmente que la influenza y causa enfermedades más graves en ciertas personas. Además, las personas pueden tardar más en presentar síntomas y ser contagiosas por más tiempo” (CDC, s/f).
- **Consentimiento:** de acuerdo con la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos -2005-, establece que “toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona

² Información tomada de:

https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/

³ Información tomada de: <https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion>

⁴ Información tomada de: <https://www.who.int/topics/vaccines/es/>

⁵ información tomada de: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno” (UNESCO, 2005)⁶.

- **Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal:** la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos -2005-, establece que “al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica (...), se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos” (UNESCO, 2005)⁷.
- **Influenza:** la OPS establece que es una “infección vírica que afecta principalmente a la nariz, la garganta, los bronquios y, ocasionalmente, los pulmones” (OPS)⁸. Los grupos más vulnerables frente a esta infección por las complicaciones que pueden tener son menores de edad, así como adultos mayores y personas que tengan enfermedades subyacentes, ya que puede provocar severas neumonías o causar la muerte. De acuerdo con el Centro para el Control y prevención de enfermedades -CDC-, los virus de influenza -gripe-, tipo “A pueden dividirse en diferentes subtipos dependiendo de los genes que constituyen las proteínas de superficie. Durante el transcurso de la temporada de influenza, hay circulación de los diferentes tipos (A y B) y subtipos (influenza A) que provocan enfermedades” (CDC, s/f).
- **COVAX:** “es uno de los tres pilares del Acelerador de acceso a herramientas COVID-19 (ACT), que fue lanzado en abril por (...), la OMS, la Comisión Europea y Francia en respuesta a esta pandemia” (GAVI The Vaccine Alliance, s/f), esto implicó reunir a “gobiernos, organizaciones de salud global, fabricantes, científicos, sector privado, sociedad civil y filantropía, con el objetivo de brindar acceso innovador y equitativo a los diagnósticos, tratamientos y vacunas de COVID-19” (GAVI The Vaccine Alliance, s/f). En este sentido la web oficial indica que el pilar fundamental de esta iniciativa es el acceso a la vacuna, para “garantizar que las personas en todos los rincones del mundo tengan acceso” a las mismas (ibid.).
- **Grupos de atención prioritaria:** Son aquellos grupos que históricamente “por su condición social, económica, cultural (...) edad, origen étnico se encuentran en situación de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de vida” (Romero y otros, 2018, pág. 18). La Constitución de la República del Ecuador -Art.35-, define con claridad que en el caso del Ecuador los grupos de atención prioritaria son:
 - Las personas adultas mayores.
 - Mujeres embarazadas.
 - Personas con discapacidad.
 - Personas privadas de libertad.
 - Personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad - entre otros-.

En este marco la norma suprema, establece que dichos grupos recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. Cabe señalar que el presente proceso de observancia se pondrá especial énfasis a dos grupos, estos son: personas adultas mayores -en su diversidad-, y personas con discapacidad que por su condición son grupos que se encuentran en extrema vulnerabilidad, sobre todo en el marco de la pandemia por COVID -19, por la cual el Estado debe prestar especial protección.

⁶ información tomada de: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

⁷ información tomada de: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

⁸ Información tomada de: <https://www.paho.org/es/temas/influenza>

- **Sujetos de derechos del Sistema de Protección:** El Código de Municipal del Distrito Metropolitano de Quito, indica que “son sujetos de derechos del Sistema de Protección Integral, toda persona o grupo de personas que, perteneciendo a uno o varios de los cinco enfoques transversales: generacional, género, interculturalidad, movilidad humana, discapacidades, se encuentren en situación de vulneración y/o riesgo; así como la naturaleza y animales.
- **Acciones afirmativas:** Para Berna, las acciones afirmativas son “aquellas acciones que reducen o eliminan prácticas discriminatorias contra sectores excluidos de la población, tales como mujeres, o grupos étnicos” (Begné, s/f, pág. 1). Dichas medidas están orientadas a dar un trato preferente, para que de manera concreta se obtenga resultados, en favor de aquellos grupos históricamente discriminados. Las acciones afirmativas, son mecanismos concretos que buscan romper la desigualdad, discriminación, por lo tanto, están vinculadas con alcanzar la equidad - igualdad real y material-. Ya que no es suficiente declarar, por ejemplo, la igualdad de trato, sino implementar acciones muy concretas para establecer la igualdad de condición en este caso para el acceso a la salud para todos y todas.
- **Administración pública:** la CRE establece en el artículo 227, que la “administración pública constituye un servicio a la colectividad que se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación” (CRE,2008: pág.117), con el objetivo de garantizar los derechos humanos de todas y todos.
- **Política pública:** es “un conjunto de decisiones y estrategias adoptadas por una autoridad legítima. En tal sentido una política pública es una directriz general que refleja la prioridad o voluntad política del gobierno para modificar una situación determinada” (SENPLADES, tomado de COMPINA, 2012), y garantizar los derechos humanos.
- **Instrumentos de intervención del Estado:** para Roth el Estado tiene “un catálogo de instrumentos de intervención muy diversificado. Al diseñar una política pública el Estado decide sobre el uso de uno, otro o varios instrumentos para su implementación” (André, 2009, pág. 44). En ese marco se puede identificar de manera general los siguientes instrumentos: a) instrumentos prescriptivos: buscan modificar el comportamiento mediante obligación, la interdicción o la autorización -más jurídicos-. b) Instrumentos incentivos: pretenden inducir el comportamiento mediante recompensa – del tipo financiero, como subsidios, tasa sobre un producto específico para disminuir su consumo-, c) Instrumentos de coordinación: la multiplicación de las políticas públicas obliga a desarrollar mecanismos de coordinación entre ellas -planificación, estudios de impacto-; d) instrumentos de organización y de procedimiento: la ejecución de una actividad necesita la definición de unas modalidades para la acción -comisión, Consejo Municipal-; e) instrumentos materiales: el Estado tiene la posibilidad de proporcionar directamente los bienes y servicios – ejemplo: salud, educación-.
- **Política:** “Directrices y lineamientos mediante los cuales el Estado regula y orienta el proceso económico y social de un país” (SENPLADES, s/f, pág. 24).
- **Programa:** “Es la forma de viabilizar una determinada política pública. Un programa se origina en la identificación de problemas o necesidades a través de una planeación estratégica. Los objetivos de un programa están encaminados al desarrollo. En general, se puede considerar como un conjunto de proyectos” (ibid.).
- **Proyecto:** “Una solución inteligente a un problema o necesidad identificada. Es un conjunto autónomo de recursos y medidas institucionales diseñadas para lograr una o varias metas u objetivos en un periodo de tiempo determinado” (ibid.).
- **Sistema de Protección Integral:** el Código Municipal del DMQ, establece que es un conjunto articulado y coordinado de organismos, entidades, servicios públicos, privados y “comunitarios, que definen, ejecutan, controlan y evalúan las políticas, planes, programas y acciones, con el

propósito de garantizar la protección integral de las personas en situación de riesgo o vulneración de derechos; define acciones, recursos, medidas, procedimientos y gestiona la aplicación de sanciones ante los órganos competentes de acuerdo a la ley, en todos los ámbitos, para asegurar la vigencia, ejercicio, exigibilidad y restitución de derechos, establecidos en la Constitución, instrumentos jurídicos internacionales y demás leyes del ordenamiento jurídico ecuatoriano” (CM, 2019 pág. 216).

- **Sistema nacional de inclusión y equidad social:** la CRE establece en su Artículo 340, que es “el conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos reconocidos en la Constitución y el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo (...). El sistema se compone de los ámbitos de la educación, salud, seguridad, social, gestión de riesgos, cultura física y deporte, hábitat y vivienda, cultura, comunicación e información, disfrute del tiempo libre, ciencia y tecnología, población, seguridad humana y transporte (CRE,2008).
- **Coordinación:** para la CEPAL “la coordinación, si bien tiene un alto componente técnico, es una función esencialmente política. La coordinación, en este sentido, no se reduce simplemente a “hacer compatibles” unas acciones gubernamentales con otras, a hacer compatibles unos programas con otros, de manera que se eviten tanto las duplicidades y desperdicios como los conflictos y choques que pueden ocurrir cuando se dan traslapes no planeados entre ellos, o cuando esa misma carencia de coordinación deja espacios vacíos en la acción pública. Ese es un aspecto importante, pero desde la óptica de la planificación la coordinación supone algo más: de lo que se trata es de coordinar las políticas de manera que se logre integrar las distintas decisiones y acciones de gobierno dentro de una sola visión de conjunto y con una clara perspectiva de largo plazo” (CEPAL, 2000, pág. 15). La coordinación debe ser vista en el marco de lo estratégico para la implementación de la política pública, ya que busca confluir con los actores involucrados para alcanzar y promover los resultados que se han planificado, en función de las prioridades establecidas -involucra también a distintos niveles de gobierno-, cuya base es la responsabilidad que cada una de las instituciones tienen en el marco de la política establecida.
- **Responsabilidades operativas -implementación de políticas públicas-:** este concepto hace referencia a que es necesario “definir con claridad las reglas de juego que se aplicarán a la ejecución de las políticas públicas y los programas correspondientes en los distintos sectores, estableciendo de manera explícita cuáles son los entes, instituciones —o personas— responsables de dicha ejecución; cuáles son las relaciones entre ellos y con respecto a los entes rectores; cuáles son los recursos financieros, físicos, humanos y políticos con que cuentan; cuáles son los mecanismos de control y evaluación de resultados, y cuáles los criterios y prioridades para la rendición de cuentas” (CEPAL, 2000, pág. 17). Si no existen responsabilidades bien definidas y metas claras se hace muy difícil operativizar la coordinación entre los diversos actores y esto impacta directamente en la eficiencia y eficacia de la implementación de la política pública.
- **Seguimiento y evaluación:** La implementación de una política pública debe considerar, el seguimiento y también la evaluación ya que permitirá retroalimentar el mismo e identificar oportunamente las falencias o nudos críticos y posteriormente hacer los cambios que amerite. A continuación, se presenta los elementos que deben ser considerados para implementar dichas acciones:
 - La Constitución del Ecuador -artículos: 85,147,148,272,297-, “establece el seguimiento y evaluación de las políticas públicas y la prestación de servicios públicos de calidad para hacer efectivo el ejercicio de los derechos y el buen vivir” (SENPLADES, s/f, pág. 15).

- El plan de vacunación debe definir con claridad qué entidades realizarán el seguimiento y la implementación de este, esto se lo debe hacer considerando las competencias institucionales.
- Considerar la participación ciudadana para la evaluación del servicio de salud -vinculado al proceso de vacunación-, para lo cual se deberá articular acciones con los espacios de participación de los grupos de atención prioritaria -evaluación participativa-.
- El seguimiento es la “recolección sistemática de información que sirve para verificar la realización progresiva, física y financiera de las intervenciones y sus resultados con el objetivo de comprobar el avance del programa o proyecto” (SENPLADES, s/f, pág. 25).
- La evaluación es la “valoración sistemática y objetiva del diseño, puesta en práctica, resultados e impactos de una intervención. Emite juicios críticos sobre la validez, bondad y utilidad de la intervención” (ibid.).
- **Maltrato institucional:** “se refiere a cualquier forma de abuso que ocurre en servicios dirigidos” (Miriam, s/f), a personas adultas mayores, pero también a los distintos ciudadanos y ciudadanas.
- **Interseccionalidad:** La mirada desde la interseccionalidad, permite identificar todas aquellas situaciones o condiciones que tiene una persona, que profundiza su condición de vulnerabilidad, además permite:

“visibilizar las múltiples formas de opresión social que condicionan la vida de las personas que enfrentan situaciones de vulnerabilidad y que, al interrelacionarse, no permiten alcanzar la igualdad real, construyen un sistema de opresión con características culturales, sociales, de género, etarias y políticas diversas a nivel local” (CNIG-Care Ecuador, s/f, pág. 34).

La interseccionalidad es una herramienta clave para identificar correctamente la atención que deben recibir en un primer momento aquellos cuya situación es de alta vulnerabilidad.

CAPÍTULO II: REFERENTE CONCEPTUAL Y ESTADÍSTICO

2.1 Referente Conceptual sobre inmunización

2.1.1 La Inmunización en la Región

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud -OMS-, el Programa de Inmunización tiene un recorrido histórico importante en este sentido, se menciona a continuación algunos hitos históricos que colocaron las bases para la creación del Programa Ampliado de Inmunización de las Américas -PAI-.

En la década de 1970, los países del mundo enfrentaban una alta carga de morbilidad y mortalidad causada por enfermedades para las cuales ya existían vacunas, pero las que no eran aún utilizadas adecuadamente por la falta de programas consolidados y estrategias exitosas” (OMS, s/f). En este marco la Asamblea Mundial de la Salud convocó en 1974, a los países del mundo “a establecer el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), el que contaba con inmunobiológicos contra seis enfermedades prioritarias: las formas severas de tuberculosis, la poliomielitis, la difteria, la tos ferina o pertusis, el tétanos y el sarampión” (ibid.). Tres años después en 1977, el Consejo Directivo de la Organización de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud⁹ -OPS-, adoptó la Resolución XXVII, que estableció el Programa Ampliado de Inmunización en las Américas -PAI-, cuyos objetivos fueron:

1. “Reducir la morbilidad y la mortalidad por difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, tuberculosis y poliomielitis, prestando servicios de inmunización contra estas seis enfermedades a todos los niños del mundo en 1990 (se pueden incluir otras enfermedades prevenibles por vacunas, siempre y cuando sea pertinente).
2. Promover la autosuficiencia de los países en la prestación de servicios básicos de inmunización dentro del marco de los servicios de salud.
3. Fomentar la autosuficiencia regional en asuntos relativos a la producción y al control de la calidad de las vacunas” (OPS/OMS, 2007)

En el año 1979, se estableció el Fondo Rotario para la compra de vacunas, cuyo objetivo principal fue brindar acceso oportuno y sostenible a vacunas, jeringas y equipos de cadena de frío de calidad” (Ibid.). De acuerdo con la OPS, este Fondo logró¹⁰:

- La eliminación de polio, sarampión, rubeola.
- Mantener una cobertura de vacunación superior al 80%.
- Cubrir más del 95% de los costes de vacunación de los Estados Miembros con recursos propios de sus presupuestos nacionales.
- Un suministro continuo y confiable.
- Fácil acceso a una línea de crédito sostenible.

⁹ El Consejo Directivo de la Organización de las Américas de la OPS, se encuentra “constituido por los ministerios de salud de los países de las Américas” (OMS, s/f).

¹⁰ Información tomada de: <https://www.paho.org/es/fondorotatorio>

- Vacunas precalificadas por la OMS y productos afines, seguros, eficaces y de alta calidad.
- Los países tienen acceso a un precio más bajo, de las vacunas -economía de escala-.
- Salvar vidas mediante la eliminación y reducción de enfermedades prevenibles mediante vacunación.

Es importante señalar que, de acuerdo con la OPS, el país solicitante debe realizar el requerimiento de vacunas al PAI, para su adquisición¹¹.

Como parte del PAI, también se estableció la generación del Boletín Informativo, que permite difundir información actualizada y científica sobre: procesos de inmunización en las Américas, información sobre enfermedades, así mismo incluye temas muy concretos respecto de la operativización del programa de inmunización, insumo valioso para los operadores de salud, considerando que “gracias a los avances de la investigaciones en inmunización y salud pública se ha llegado a disponer de inmunobiológicos contra enfermedades adicionales, permitiendo que en la primera década de los 2000, se haya adicionado varias nuevas vacunas al esquema básico de vacunación del PAI” (OMS, s/f). En este marco la OPS, enfatiza que la inmunización ha demostrado ser una de las acciones de mayor costo- beneficio y de mayor aceptación e impacto social en la mejoría de la salud de los pueblos (ibid.).

2.1.2 La inmunización en el Ecuador

La implementación del PAI, en el país tuvo una serie de hitos importantes, que han marcado los procesos de inmunización en el Ecuador, a continuación, se presenta de manera general y cronológica los avances de este.

El Ecuador forma parte de la OPS desde el 27 de septiembre de 1930¹², en este marco “las primeras acciones de vacunación en el país se iniciaron aproximadamente en el año 1942.

En el año 1941, se fundó el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta Pérez, en dicha institución, se desarrolló vacunas y también la fabricación de productos médicos, además ejecutaba la vigilancia epidemiológica y la lucha contra enfermedades que llegaban al país (Primicias, 2021), sin embargo fue transformado institucionalmente en el año 2012, mediante Decreto Nro.1290, donde se establecen dos componentes 1) Instituto Nacional de Investigación en Salud -Inspi-, 1) La Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia -Arcsa-. Como resultado de esta transformación institucional el país dejó de desarrollar vacunas y otros productos, lo cual implicó sin duda un retroceso científico para el país.

¹¹ Información tomada de:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6352/26216.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹² Información tomada de: <https://www.paho.org/es/quienes-somos/planificacion-finanzas-rendicion-cuentas/estados-miembros-organizacion-panamericana>

Posteriormente en el año “1943, en el país se organizaron campañas de protección masiva con la vacunación antivariólica” (OPS/OMS, 2007, pág. 257). En ese entonces el país producía la vacuna contra la difteria y tétanos -DT-, y posteriormente en 1945 la vacuna contra la tuberculosis -BCG-, para la protección de los niños y niñas.

En 1972 el país desarrolló la primera campaña de vacunación antipoliomielítica y posteriormente en 1974 se inició la lucha contra el sarampión. Sin embargo, las campañas de vacunación no tenían un carácter permanente sino más bien tenían un “carácter emergente y se emprendía ante brotes epidémicos de una u otra enfermedad” (ibid.), pese a lo señalado los resultados obtenidos fueron positivos ya que hubo un descenso progresivo, constante en las tasas de morbilidad y mortalidad infantil.

En 1976 el Ministerio de Salud Pública de Ecuador -MSP-, aprobó el PAI, y se convirtió en el primer país latinoamericano en implementar dicho programa, así como “las recomendaciones de la Asamblea Mundial de la Salud y el Plan Decenal para las Américas” (OPS/OMS, 2007, pág. 258.), su implementación fue progresiva y en un primer momento se ejecutó un plan piloto en cuatro provincias del país -Pichincha, Manabí, Carchi e Imbabura- y posteriormente se amplió al resto de provincias del país -cumpliendo así las normas técnico/ administrativas, que son parte del PAI.

Entre el año 1978 y 1979 se implementó el carné de vacunación “como instrumento para el control de vacunas y dosis recibidas por los niños menores de cinco años, y por las gestantes” (OPS/OMS, 2007, pág. 258). Cabe señalar que uno de los ejes fundamentales sobre los cuales se sostuvo el PAI en el país -de acuerdo con el documento de la OPS/OMS-, fue el equipo humano de salud.

En el año 1998, se creó la Ley de Vacunas, misma que fue reformada en el año 2000, ya que los fondos eran insuficientes, dicha reforma “ha ayudado a que se le asigne al PAI el monto necesario para sostener las vacunas del programa regular y ha permitido la introducción de nuevas vacunas” (Ibid.); dicho documento se mantiene hasta la actualidad.

Como se aprecia la implementación del PAI en el país tuvo hitos importantes y también algunas fases que se fueron implementado a nivel nacional estas son:

1. **Definición clara de los objetivos y metas a realizarse:** establece que el 100% de los grupos específicos tiene derecho a recibir la vacunación.
2. **Identificación de la población objeto:** esto lo llevó a cabo cada unidad de salud.
3. **Normalización del esquema de vacunación e intervalo entre dosis:** se inició un calendario con las seis enfermedades establecidas por la OMS.
4. **Definición de la fase de arranque y mantenimiento del programa de vacunación a mujeres en edad fértil para prevenir el tétanos neonatal:** se definió la estrategia más pertinente para acercar la vacunación a la población, en algunos casos se colocó un puesto de vacunación, donde la comunidad acudía. Frente a los lugares donde la población se encontraba dispersa se “recurrió al uso de brigadas de vacunación casa

- a casa” (OPS/OMS, 2007, pág. 259). Esta acción fue posible ya que el personal manejaba de forma expedita estas estrategias.
5. **Organización y funcionamiento de la cadena de frío por niveles:** esta fase fue clave ya que permitió dotar en distintos niveles administrativos -centros, subcentros, puestos de salud-, de equipos adecuados para mantener la cadena de frío y garantizar que las vacunas mantengan su potencia necesaria (Ibid.). Es importante indicar que el personal también fue clave en esta acción ya que recibieron capacitación sobre este tema.
 6. **Capacitación al personal:** “El PAI siempre consideró que el recurso humano constituye el elemento de mayor importancia dentro de la estructura: en gran medida, de él depende la generación y desarrollo de las acciones y los resultados que se busca obtener. (OPS/OMS, 2007, pág. 260), razón por la cual se capacitó a todo el personal involucrado con el programa, lo que incluyó a médicos, enfermeras, auxiliares, inspectores de salud, entre otros -se incluyó posteriormente también al personal del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social -IESS-, al Seguro Social Campesino, al servicio médico del Municipio de Quito, así como a los docentes y estudiantes de las escuelas de enfermería de las diferentes universidades a nivel nacional- (OPS/OMS, 2007, pág. 260)
 7. **Comunicación social y educación en salud:** este componente consideró un conjunto de actividades para llegar a la comunidad para que acepte la vacunación, así mismo para promover la importancia de esta y para brindar información sobre las enfermedades transmisibles en los niños. Para que se ejecute esta fase el personal especializado en esta área, fue el encargado de desarrollar materiales comunicacionales didácticos, además se capacitó al equipo de salud en el manejo de contenidos y ayudas audiovisuales. Se sumaron también grupos de teatro locales, que acertadamente usaban el idioma local y los acentos conocidos por la comunidad esto permitió llegar a la comunidad -la cooperación internacional, fue también importante para fortalecer la comunicación y educación en salud-.
 8. **Supervisión y monitoreo:** se desarrollaron guías de supervisión, que buscan el cumplimiento del plan, cuyo objetivo era identificar y solucionar las dificultades encontradas en los ámbitos técnicos y operativos, que permita tomar decisiones para el cumplimiento de las metas -al inicio del PAI esta fase se centró en la fiscalización y sanción, sin embargo, se identificó que no era un mecanismo adecuado y que tampoco aportaba al cumplimiento del programa-.
 9. **Organización y gerencia:** en cada uno de los niveles de estructura del MSP, se estableció coordinadores del programa, esto permitió abrir también espacios participativos donde todos los trabajadores a nivel local enfocaron su trabajo en el cumplimiento de las metas del programa -mayor participación del personal en el quehacer actitud, positiva de los mismos-.
 10. **Coordinación:** esta fase estableció un acercamiento permanente entre los diferentes niveles y equipos de trabajo del PAI, así como actores de la comunidad a nivel local, para vincularlos en las diferentes etapas del programa y para desarrollar estrategias locales -se destaca en esta fase que la coordinación no fue fácil, sin embargo, de buscó los mecanismos para hacerla factible-.

11. **Evaluación de resultados:** para que esto sea factible se recurrió a una estandarización del programa, así mismo se cuenta con una evaluación a nivel internacional, nacional.
12. **Vigilancia epidemiológica:** se constituyó un equipo de epidemiólogos en el nivel central que, con apoyo de la OMS, OPS, se desplazaba a diferentes puntos donde había un posible caso de enfermedad prevenible por vacuna -sobre todo de aquellas que se encontraban en lista para erradicarlas-, (OPS/OMS, 2007, pág. 263), en este marco se levantaba información, muestras para análisis-. Esta fase también permitió formar y capacitar personal de salud.
13. **Sistema de información:** se realizaron talleres multidisciplinarios, en los que participaron diferentes unidades de salud y se fue modificando los instrumentos para levantar información para la toma de decisiones.
14. **Evaluación de la administración y financiamiento del PAI:** la OMS/OPS realizó una evaluación sobre la implementación del programa -participaron actores internacionales y personal del MSP-, esto se realizó en 1981, cuyos resultados retroalimentaron al PAI.

En el marco de lo expuesto se puede identificar que el país ha recorrido un camino largo para la implementación del PAI, lo que permitió, establecer con claridad la hoja de ruta, para el cumplimiento de metas del programa, que se ancló al apoyo técnico internacional y a las capacidades generadas en el territorio, donde la participación del personal de salud fue fundamental. Adicionalmente la cercanía con el territorio fue otro de los elementos que permitió generar los ajustes necesarios para el cumplimiento de las metas y sobre todo llegar a la comunidad. Lo avanzado por el PAI para el control de enfermedades, prevenibles por vacunación, se convirtió en un parámetro técnico/ administrativo para los procesos de inmunización del país, pues su institucionalización representó un avance significativo, considerando que también se generaron procesos de fortalecimiento de capacidades del personal del MSP, sin embargo esto debe ser una constante para lograr procesos efectivos de inmunización, sobre todo en enfermedades epidémicas que se extienden como es el caso del COVID-19, donde el proceso de inmunización para prevenirla debe ser organizado, efectivo, planificado, territorializado, coordinado, tomando como base lo generado en el marco del PAI y la experticia del MSP en procesos de inmunización. En el año “2014 es la “Estrategia Nacional de Inmunizaciones” (MSP, 2021, pág. 5), la política nacional para abordar dicha temática.

2.1.3 Estrategia Nacional de Inmunizaciones -ENI-

Actualmente el país cuenta con una estrategia de inmunización cuyo objetivo es “contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad infantil de las enfermedades prevenibles por vacunación” (MSP). En este sentido se busca asegurar la inmunización equitativa a nivel nacional. La estrategia se sustenta en los siguientes principios: acceso universal y diversidad cultural, gratuidad, calidad, oportunidad y sustentabilidad, equidad social, participación social.

De acuerdo con el MSP, los grupos a los que va dirigido la estrategia son: niños, niñas, adolescentes, mujeres embarazadas, mujeres en edad fértil, adultos mayores de 65 años, personal de salud, grupos en riesgo¹³.

En el marco de la estrategia se “incorpora la nueva vacuna contra el SARS-CoV-2” (MSP, 2021, pág. 5), por lo que el MSP elabora a finales del 2020 una “primera versión del Plan de Vacunación para prevenir la Covid-19 Ecuador 2020-2021, (..) del 29 de diciembre de 2020. Este documento presenta aspectos generales de un plan de vacunación” (ibid.), como: información sobre una nueva vacuna; la construcción de planes de vacunación para otros biológicos, la información de manera pública -vía reportes técnicos o artículos científicos sobre el estado de situación de la vacuna contra el COVID-19- (Ibid.), es decir un instrumento general.

Por lo que se puede identificar que todavía el país no contaba para finales del 2020 con un Plan para la distribución de la nueva vacuna para prevenir el COVID-19, razón por la cual en enero de 2021, el MSP actualiza la versión del Plan mismo que “pretende caracterizar a las personas que reciban la vacuna, en fase de disponibilidad en Ecuador de vacunas de calidad, seguras y eficaces, al acceso a las dosis disponibles de manera rápida, equitativa y en igualdad de condiciones para la ciudadanía para lo cual el eje es el criterio de vulnerabilidad”(Ibid.), esto en el marco de lo recomendado por la OMS – aquellas personas con mayor riesgo de enfermedad grave o muerte-¹⁴

Como se evidencia el país tuvo una demora importante para la construcción de un plan que permita la distribución equitativa de la vacuna, considerando que a nivel mundial se desarrollaba un sin número de vacunas mismas que estaban en distintas fases, para finalmente lograr su aprobación.

En el mes de diciembre de 2020, la OMS “publica su primera validación para uso en emergencias de una vacuna contra la COVID-19 y hace hincapié en la necesidad de un acceso mundial y equitativo” ¹⁵ (OMS), la vacuna aprobada fue la de Pfizer/ BioNtech, con esta aprobación se abrió la puerta para que los países “aceleren sus propios recursos de aprobación reglamentaria para importar y administrar la vacuna” (Ibid.), por esta razón era fundamental que los Estados desarrollen planes que permitan acelerar la distribución de la vacuna, sobre todo para aquellos grupos que por su condición se encuentren en situación de mayor riesgo de muerte si se contagian de COVID-19 -acogiendo las recomendaciones de los organismos internacionales para la vacunación de los diferentes grupos-.

¹³ Información de acuerdo con el esquema nacional de vacunación disponible en:
https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/01/ESQUEMA-DE-VACUNACION%CC%81N.DIC_.2019.ok_.pdf

¹⁴ Información tomada de: [https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccine-access-and-allocation](https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccine-access-and-allocation)

¹⁵ Información tomada de: <https://www.who.int/es/news/item/31-12-2020-who-issues-its-first-emergency-use-validation-for-a-covid-19-vaccine-and-emphasizes-need-for-equitable-global-access>

De acuerdo con la información de MSP, el país recibió el 20 de enero de 2021, las primeras 8.000 dosis de la vacuna desarrolladas por Pfizer¹⁶, mismas que se encontraban en el marco de lo que se denominó plan piloto (MSP), posteriormente se ha seguido recibiendo de manera paulatina vacunas, de diversas farmacéuticas -Sinovac, Astrazeneca-, para inmunizar al grupo objetivo en el marco de cada fase de vacunación.

Por ejemplo, el 17 de marzo el Ecuador recibió “84.000 dosis de vacunas (...), a través del Mecanismo COVAX” (OMS)¹⁷, la recepción de estas vacunas también implicó un trabajo importante del Fondo Rotario de la OPS.

2.1.4 Inmunización en país en el caso de la H1N1 -2009-

De acuerdo con la OMS la gripe pandémica por A (H1N1), puede ser prevenida por vacunas antigripales¹⁸, el Ecuador en el año 2009 registró el primer caso, en la provincia del Guayas, frente al cual se solicitó a la población que en caso de presentar algunos de los síntomas vinculados a dicha enfermedad deben acercarse obligatoriamente a los servicios de salud¹⁹, del ministerio, para ser evaluados, incluso aquellos que tuvieron contacto con personas habían viajado y presentaban síntomas.

Adicionalmente el MSP desplegó una serie de acciones entre estas: una línea comunicacional, sobre la A (H1N1), con el objetivo de identificar casos, informar a la comunidad sobre este tipo de gripe y también iniciar todas las gestiones para la adquisición de la vacuna.

Cabe indicar que una vez revisada la información de algunos medios de comunicación del año 2009, se identificó especialmente en un artículo de EL COMERCIO, que hubo la demanda del sector privado para que puedan también adquirir la vacuna, contra la H1N1, sin embargo había cuestionamientos sobre aquello ya que había un déficit a nivel mundial, respecto de la generación de la vacuna, en este sentido el mundo necesitada 6 000 millones, pero se contaba con 4 000 millones -primera fase de producción-²⁰, fue en este marco que se colocó como prioritario la compra y distribución desde el Estado para garantizar una administración gratuita y equitativa.

¹⁶ Información tomada de: <https://www.salud.gob.ec/las-primeras-vacunas-contra-covid-19-estan-en-el-pais/>

¹⁷ El COVAX “es un esfuerzo global entre la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante las Epidemias (CEPI), la Alianza Mundial para las Vacunas e Inmunización (Gavi), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud” (OPS).

Información tomada de: <https://www.paho.org/es/noticias/17-3-2021-ecuador-recibe-primeras-vacunas-covid-19-traves-mecanismo-covax>

¹⁸ Información obtenida de:

https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/vaccine_preparedness/es/

¹⁹ Información tomada de: Información obtenida de: <http://indi.ups.edu.ec/la-incidencia-de-ah1n1-en->

²⁰ Información tomada de: <https://www.elcomercio.com/actualidad/vacuna-ah1n1-usd-15.html>

Si bien A (H1N1), en un inicio -2009- no logró contagiar a un número elevado de personas a nivel nacional -Pichincha: 41 casos; Tungurahua: 3 casos; Guayas: 100; Chimborazo: 100 casos-²¹, si se convirtió, en una enfermedad de gran relevancia epidemiológica en el país, considerando que “las epidemias de gripe pueden ser explosivas y sobrecargar los servicios de atención de salud” (MSP, 2012, pág. 2). Frente a lo cual se conoce que el MSP, desarrolló campañas de vacunación contra la A (H1N1), a nivel nacional, lo que logró inmunizar sobre todo a los grupos de atención prioritaria y detener la propagación de la enfermedad. Hasta el momento la directriz respecto a la vacuna contra la A (H1N1), es que sea colocada una vez al año a los grupos de atención prioritaria, que por su condición se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad.

2.1.5 Inmunización en país en el caso del COVID -19

El 30 de enero de 2020, “La Organización Mundial de la Salud declaró la emergencia de salud pública de preocupación internacional (...) debido al COVID-19, un mes después, el 11 de marzo se anunció que esta enfermedad se puede caracterizar como una pandemia, reconociendo que se extiende por varios países y continentes afectando a un gran número de personas” (CPD, 2020, pág. 1).

Es importante indicar que el 29 de febrero de 2020 se confirmó el primer caso de esta enfermedad, por lo que el gobierno nacional y local adoptaron una serie de instrumentos normativos con el objetivo de reducir la movilidad de los ciudadanos y prevenir los contagios -confinamiento, reducción de aforos, recomendaciones para prevenir el contagio-.

Frente a esta realidad el Alcalde del MDMQ, el 12 de marzo de 2020 declaró la Emergencia Sanitaria en la ciudad. Posteriormente, el 16 de marzo de 2020 mediante Decreto Ejecutivo Nro. 1017 se declaró “el estado de excepción por calamidad pública en todo el territorio nacional, por los casos de coronavirus confirmados y la declaratoria de pandemia de COVID-19” (Ibid.), que ya había realizado la OMS.

Varios meses después la comunidad internacional estaba expectante frente a la aprobación de la primera vacuna desarrollada por Pfizer/ BioNTech, en diciembre de 2020, lo que abrió la posibilidad a que el gobierno ecuatoriano pueda iniciar el proceso de adquisición y distribución de la vacuna a nivel nacional.

El enero del 2021, una vez que arribaron las primeras dosis al país, se inició la fase 0 que se encontraba establecida en el Plan de Vacunación -personal sanitario de primera línea, personas adultas mayores en centros geriátricos, y sus cuidadores²²-, el país inició así el proceso de inmunización el 21 de enero de 2021, lo hace con la colocación de la vacuna de Pfizer al personal médico en Quito -Hospital Pablo Arturo Suarez, Hospital de

²¹ Información obtenida de: <http://indi.ups.edu.ec/la-incidencia-de-ah1n1-en-ecuador/>

²² Información tomada de: <https://www.salud.gob.ec/en-ecuador-inicio-la-vacunacion-contra-la-covid-19/>

especialidades de las Fuerzas Armadas- y en Guayaquil -Hospital General Guasmo Sur-²³, para posteriormente distribuir las vacunas al resto del país.

El 3 de marzo de 2021 llegaron al país 31.590 vacunas de Pfizer, “con la cual se dio inicio a la Fase 1 del Plan Vacunarse” (MSP)²⁴, cuyo grupo objetivo estaba estimado en dos millones de personas “siendo las personas de la tercera edad el 57% del grupo objetivo (ibid.), a continuación, se presentan los grupos incluidos en esta fase:

- Personal de salud no incluido en la fase 0 -red pública y privada-.
- Policía y Fuerza Pública
- Docentes
- Población vulnerable
- Personas de la tercera edad
- Personal de recolección de desechos
- Personal de sectores estratégicos -atención de servicios públicos, justicia, seguridad, complementaria, otros-.

El 25 de marzo de 2021, en la reunión mantenida entre el Ministro de Salud y el Alcalde del MDMQ, se comprometieron 3,2 millones de dosis de vacunas para Quito (...) lo que permitiría vacunar a 1,7 millones de personas en la capital y en función de aquello se firmaría un convenio en el que el MDMQ se haría responsable de la logística, personal y puntos de vacunación²⁵.

El 29 de marzo Quito comenzó el proceso de vacunación masiva para prevenir el COVID-19, dirigido a adultos mayores, con el objetivo de inmunizar hasta el 31 de agosto a toda la ciudad²⁶, según lo señaló el Alcalde de la ciudad.

El 7 de abril la Secretaría de Salud del Municipio del DMQ -Ximena Abarca-, en su cuenta personal de Twitter, indicó que el municipio a través de Secretaría de Salud “ratifica su compromiso con la población de la ciudad y el combate a la pandemia. Estamos a la espera de la firma del convenio por parte del MSP, para activar nuestro contingente logístico en apoyo a la vacunación” (El COMERCIO)²⁷, adicionalmente menciona que no se ha convocado al MDMQ, para la coordinación en el marco del proceso de vacunación.

²³ Información tomada de: <https://www.salud.gob.ec/en-ecuador-inicio-la-vacunacion-contra-la-covid-19/>

²⁴ Información tomada de: <https://www.salud.gob.ec/ecuador-inicia-fase-1-de-vacunacion-con-llegada-de-cuarta-remesa-de-31-590-dosis-de-vacunas-pfizer/>

²⁵ Información tomada de: <https://www.elcomercio.com/actualidad/quito/municipio-quito-msp-vacunacion-coronavirus.html>

²⁶ Información tomada de: https://www.swissinfo.ch/spa/ecuador-vacunas_quito-inicia-plan-de-vacunaci%C3%B3n-masiva-y-guayaquil-suscribe-acuerdo-similar/46490110

²⁷ Información tomada de: <https://www.elcomercio.com/actualidad/quito/municipio-quito-msp-vacunacion-coronavirus.html>

Es importante señalar que en este contexto hay un cambio de autoridad en el MSP, lo que implicó un retraso y la profundización de nudos críticos respecto de la coordinación interinstitucional que se evidenciaba débil a nivel territorial, que es el nivel en el que se operativiza el Plan.

Adicionalmente con el objetivo de fortalecer la coordinación para la vacunación en el territorio el 13 de abril se firmó un convenio entre el MSP, Consorcio de Gobiernos Autónomos Provinciales del Ecuador -CONGOPE- y el Consejo Nacional de Gobiernos Parroquiales Rurales del Ecuador -CONAGOPARE- (MSP)²⁸, en el marco de este instrumento se estableció de manera general las siguientes acciones:

- Realizar la “coordinación de cronogramas de vacunación en la jurisdicción territorial de las provincias, aspectos operativos, logísticos, lineamientos para articular aspectos sanitarios contra el COVID-19, e insumos técnicos que se requieren para la inmunización” (MSP).
- También la dotación de vacunas dentro de la jurisdicción territorial de las provincias, en el marco del cumplimiento del Plan de Vacunarse -conforme la disponibilidad de vacunas-.

El 15 de abril la Asociación de Municipalidades -AME-, suscribió un convenio con el MSP con el objetivo de fortalecer el plan nacional de vacunación²⁹, este acuerdo implicaba -según el presidente de la AME- que los municipios serían los responsables del tema logístico lo cual significaba “adecuar lugares seguros y hacer el control de bioseguridad y asegurar que los que más necesiten no se queden sin vacunarse” (AME,2021)³⁰.

Es importante indicar que durante el levantamiento de información no se logró identificar avances respecto de la implementación de los convenios, además que se detectó que los mismos fueron generados posteriormente, a las acciones ya emprendidas por lo que se desconoce si se consideró la información de lo ya avanzado para establecer los mecanismos más adecuados para fortalecer la articulación y la operativización del plan en los territorios.

2.2 Estadística vinculada a los procesos de inmunización:

A continuación, se presenta de manera general y cronológica algunas alertas respecto del proceso de inmunización que se desarrolla en el país, considerando dos aspectos fundamentales: el primero es que el Ecuador cuenta con un cuadro básico³¹ de vacunación

²⁸ Información tomada de: <https://www.salud.gob.ec/msp-y-congope-firman-convenio-para-coordinar-y-fortalecer-vacunacion-en-territorio/>

²⁹ Información tomada de: <https://ame.gob.ec/ame-y-gobierno-nacional-firman-convenio-para-fortalecer-el-plan-vacunarse/>

³⁰ Información tomada de: <https://ame.gob.ec/ame-y-gobierno-nacional-firman-convenio-para-fortalecer-el-plan-vacunarse/>

³¹ Cuadro básico: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/01/ESQUEMA-DE-VACUNACION%CC%81N.DIC_.2019.ok_.pdf

permanente, cuyo grupo objetivo son niños, niñas y adolescentes, pero también los adultos mayores, entre otros grupos catalogados en riesgo, en este sentido se citará aquellos aspectos que evidencian las dificultades, frente al proceso de inmunización general, considerando también que el país ha tenido casos de influenza y COVID-19 que de acuerdo a la OMS, han sido catalogadas como pandemia. Por otro lado, se considerará, la forma en la que se continuó con el proceso de inmunización del cuadro básico en el marco de las dos pandemias, esto porque en una pandemia como lo indica UNICEF “es importante que los niños y los bebés mantengan al día sus vacunas porque les protegen de las enfermedades graves” (UNICEF, 2021). También se citará brevemente la estadística vinculada al número de casos por AH1N1 y COVID-19.

2017 -2018

El MSP identificó que la temporada 2017-2018, tuvo una actividad alta de gripe, superando los niveles establecidos, en este sentido la “circulación del virus de Influenza tuvo un predominio del tipo A(H1N1) (...), el brote estacional de influenza inició antes de lo previsto (...), presentando un pico máximo de circulación de influenza en la semana epidemiológica 3 que superó los niveles epidémicos de Influenza (...), los grupos de edad más afectados fueron el de 1 a 4 años y de 15 a 54 años” (MSP, s/f, pág. 4). A continuación, se presenta algunos datos:

- 4.921 casos de infección respiratoria aguda grave, 1.365 casos fueron confirmados para influenza, de estos el 15 % es decir 202 casos fueron ingresados en UCI y 133 personas fallecieron (MSP, s/f, pág. 4)

En el marco de la intensidad de la influenza en el Ecuador, de acuerdo con la información recabada, el país en el año 2017, se realizó una campaña de vacunación para completar el esquema básico de los niños menores de 2 años, y además se sometió a revisión el carné de vacunación de esta población³². La meta captar al 100% de los niños menores de dos años. Lo que esta acción demuestra es que muchos niños y niñas no tenían su carné de vacunación completo, a la fecha esto es una realidad que se alerta desde mucho antes del 2017, como lo recoge la revista Plan V, en su artículo del año del 2020, donde se alerta que “Belice, Paraguay y Ecuador tienen una tendencia a la reducción de la cobertura de vacunación infantil completa a nivel nacional en los últimos años” (PLAN V, 2020).

2018:

Durante el levantamiento de datos se identificó como fuente secundaria lo publicado por los medios de comunicación, en este sentido el portal PRIMICIAS, indicó que en al año “2018, en el Ecuador había 332.505 niños menores de edad, la cobertura de vacunas llegó a un 283.346 de estos pequeños, lo que corresponde al 85.2%” (PRIMICIAS, 2019). Dicha cifra se indicó que se encuentra por debajo de los establecido por la OMS, ya que lo óptimo sería alcanzar un 95% de la población infantil para prevenir epidemias.

³² Información tomada de: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-se-suma-a-campa-a-de-vacunaci-n-de-las-am-ricas-90026>

2019:

El portal PRIMICIAS alerta en el año 2019, que la cobertura de vacunación a menores de 1 año “llegó al 86% (...), mientras que la OMS dice que la cifra debería alcanzar un 96% para que no haya epidemias. En Ecuador, la inmunización llega a apenas al 85,2% de los niños” (PRIMICIAS, 2019), las cifras presentadas muestran que también en el año 2019, hay dificultades para la cobertura de vacunas para niños y niñas, lo que coloca a este grupo de atención prioritaria en una situación de extrema vulnerabilidad. La vacunación en la infancia es fundamental para prevenir enfermedades mortales y por lo tanto salvan vidas, esto es ratificado por el director general de la OMS -Tedros Adhanom-, quien indicó que “las vacunas son una de las herramientas más importantes que tenemos para prevenir brotes y mantener al mundo seguro”.

En las primeras semanas de noviembre de 2019 se detectaron 12 casos de A (H1N1), ante lo cual el MSP ejecutó entre el 18 de noviembre de 2019 y el 28 de febrero de 2020 una campaña de vacunación -contra la influenza-, en todos los centros de salud; priorizando la vacunación desde los 6 meses hasta los 5 años; a personas adultas mayores, personas con enfermedades crónicas, personas privadas de la libertad, mujeres embarazadas y personal de salud (EL COMERCIO, 2019), esto se lo logró con la movilización de brigadas.

2020 -2021:

● Inmunización de niños, niñas

En el marco de la Pandemia por COVID-19, se identificó que en el caso del Ecuador en el año “2020 en el Ecuador pudo incrementarse hasta 2.282 el número de muertes en niñas y niños menores de 5 años respecto de 2019 por efecto de la reducción de las coberturas de servicios esenciales en el marco de la pandemia” (EL UNIVERSO, 2021), esto evidencia que este grupo de atención prioritaria se encuentra en extrema vulnerabilidad, pese a que el Estado tiene la obligación de garantizar mediante políticas especializadas su protección integral que implica también la generación de servicios esenciales especializados y con recursos suficientes para su protección, más aún en el marco de una pandemia.

La Defensoría del Pueblo identificó el 12 de febrero de 2021, que hay una “escasez de vacunas a nivel nacional” (DPE, 2021), -sobre todo de vacuna pentavalente que combate la difteria, tétanos, tosferina, hepatitis B y haemophilus influenza, en menores de un año-, también verificó el desabastecimiento y la falta de dosis de diferentes vacunas³³ para niñas, niños y adolescentes. La escasez se había identificado desde diciembre de 2020 (ibid.), frente a lo cual la entidad en el marco de sus atribuciones emitió medidas de cumplimiento obligatorio, para que el MSP, provea en un máximo de 15 días las dosis necesarias, y transparente la información respecto de:

- Brecha existente en el tema de inmunización

³³ De acuerdo con la investigación del medio digital GK, había desabastecimiento de vacuna para la polio, fiebre amarilla e influenza.

Información tomada de: <https://gk.city/2021/03/21/escasez-vacunas-ninos-ecuador/>

- Stock de cada una de las vacunas en todo el territorio nacional
- Constancia de requerimiento de vacunas por parte del MSP, al fondo Rotario de la OPS y la constancia de pago de estas.

Frente a la escasez de vacunas, el MSP emitió la siguiente explicación “las repercusiones propias de la pandemia impactaron la cadena de producción y distribución de la vacuna pentavalente a nivel global, razón por la cual, el inventario de este tipo de vacunas en algunos centros de salud a nivel nacional se vio afectado” (MSP, s/f), adicionalmente indicó que dicha cartera de Estado busca garantizar la ejecución efectiva de la inmunización, a nivel nacional, por lo que se encuentran redistribuyendo las vacunas a nivel nacional. Sin embargo, el doctor Fernando Aguinaga, entrevistado por el portal GK indicó que “no es verdad tal desabastecimiento global que señala el MSP porque a nivel privado sí hay vacunas. “Están desabastecidos aquellos (gobiernos) que no compraron la vacuna” (GK, 20121), el profesional entrevistado además indicó que Ecuador y otros países forman parte del Fondo Rotatorio de Vacunas de la OPS, razón por la cual no debería haber un déficit. Pero “si tú no abonas a este fondo, no tienes vacunas”, dice Aguinaga (ibid.).

El portal GK además alertó sobre lo importante que es contar con datos sobre el proceso de implementación de la vacunación a nivel nacional, en este sentido es clave transparentar la información respecto de dicha política, lamentablemente pese a los pedidos de información tanto de GK, como de la DPE, se evidencia que el MSP no transparenta información al respecto, lo cual dificulta conocer las razones por las cuales los niños y niñas del país vivieron desabastecimiento de vacunas, esto en el marco de la pandemia por COVID-19, donde están en una situación de mayor vulnerabilidad.

Otro de los médicos entrevistados por GK, identificó que el motivo de la falta de vacunas es porque “no se hicieron las gestiones necesarias y tampoco se ha considerado que la población infantil ha aumentado en Ecuador” (ibid.), por ejemplo cita que el país tiene una población migrante importante, que viene con sus niños y niñas, ellos también ocupan el sistema público de salud, esta situación debe considerarse -cálculos de proyección de la población-, para garantizar las vacunas para los niños y niñas que se encuentran en el territorio nacional.

El Estado ecuatoriano para poder solventar la escasez de vacunas, recurrió a la cooperación mediante donación de otros países, en este sentido el Ecuador recibió la donación de ciertas dosis por parte del gobierno mexicano y otros gobiernos, lo que mostró que el país no logró dar una respuesta técnica, organizada frente a la escasez de vacunas y el accionar del mismo se basó en la filantropía y no asumió el rol de garante de derechos que es el Estado Ecuatoriano.

En este marco del CPD el 11 de febrero de 2021, realizó un pronunciamiento público, en el que se exige al MSP “desarrollar las acciones correspondientes para adquirir (...), vacunas como la pentavalente, difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis B y haemophilus influenzae a fin de precautelar la vida, la salud y la integridad (...), principalmente de las niñas, niños y

adolescentes, toda vez que la vida de este grupo poblacional se encuentra en absoluto riesgo” (CPD, 2021) en el marco de la pandemia.

- **Inmunización contra el COVID-19**

De acuerdo con el primer plan de vacunación del país, “el objetivo nacional es el 60% de la población definida, esto es 10.5 millones de personas” (MSP, s.f.). Actualmente se conoce que, hasta el 19 de mayo de 2021, se vacunaron con primera dosis 1`225.735 y con segunda dosis en el mismo periodo de tiempo 401.335 personas³⁴.

- **Inmunización contra el COVID-19 -acciones del CPD**

En el marco del proceso inminente de vacunación, y de la Resolución No. C 012-2021 del Concejo Metropolitano de Quito, que en su disposición general segunda ordena que:

“El Municipio del Distrito Metropolitano de Quito en coordinación con las instituciones públicas responsables del Sistema de Salud, Educación, Inclusión Económica y Social, Seguridad, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Gestión de Riesgos, Gobiernos Autónomos Descentralizados Parroquiales, generará un plan de vacunación distrital en el cual se dará prioridad al personal médico y sanitario, trabajadores y trabajadoras de todas las instituciones públicas y privadas que se encuentran laborando en primera línea de riesgo de contagio y de atención a pacientes; así como, generará un plan específico en coordinación con el Consejo de Protección de Derechos para la vacunación a personas de grupos de atención prioritaria del Distrito Metropolitano de Quito” (CPD, 2021: pág. 4).

En este contexto el CPD con el objetivo de garantizar los derechos de los grupos de atención prioritaria, en la inmunización generó en el mes de marzo de 2021, el documento denominado: “Directrices Técnicas para incorporar a los grupos de atención prioritaria, en situación de riesgo y/o vulnerabilidad en el Plan de Vacunación del DMQ”, dicho documento tiene como objetivo establecer “directrices técnicas para la incorporación de personas de grupos de atención prioritaria, en situación de riesgo y/o vulnerabilidad en el Plan de Vacunación contra la Covid-19 en el Distrito Metropolitano de Quito”.

El documento fue remitido a las siguientes instituciones:

- MSP
- CZ9 -MIES
- Defensoría del Pueblo
- Secretaría General del Concejo (E) del MDMQ
- Comisión de Igualdad, género e Inclusión Social
- Secretaría de Inclusión Social
- Secretaría de Salud del MDMQ
- CONAGOPARE

Hallazgos

- La OPS genera información científica valiosa sobre procesos de inmunización en las Américas, esto es un insumo valioso para el desarrollo de política pública especializada.

³⁴ Información tomada de: <https://www.salud.gob.ec/vacunados-covid-19/>

- La OPS genera información científica valiosa sobre procesos de inmunización en las Américas, constituyéndose en insumo para los operadores de salud.
- Hitos frente a inmunización en el país:
 - Establecimiento del PAI
 - Generación de vacunas propias
- El país retrocedió en el mundo científico medio siglo al eliminar el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta Pérez y dejar de producir vacunas.
- Frente al PAI (iniciado en los años 70) se indica que:
 - Se convierte en un parámetro técnico/ administrativo para los procesos de inmunización del país,
 - El trabajo del personal de salud fue fundamental
 - Involucró otros actores – entidades públicas, privadas, academia, GAD-,
 - La línea de comunicación fue un factor relevante para llegar a la comunidad con información que le permita aceptar la vacunación y brindar información sobre la transmisión de enfermedades.
 - A pesar de que la coordinación interinstitucional para su implementación no fue fácil, se establecieron varios mecanismos para mejorar la coordinación a nivel local.
- El carné de vacunación físico se estableció en el país como un instrumento para el control de vacunas y dosis.
- La Estrategia Nacional de Inmunizaciones, es la política pública nacional que sule al PAI y en este contexto se incorpora la vacuna del COVID-19.
- El país enfrentó situaciones de pandemia en dos momentos:
 - En el 2009 con la gripe A (H1N1)
 - En el 2020 por el virus COVID-19
- Durante el 2020 y 2021 la inmunización de niños, niñas, ha estado en riesgo y con una cobertura que no alcanza el estándar establecido por organismos internacionales
- La cuantificación del número de vacunas que se requiere para inmunizar a la población en el país frente a la propagación de la COVID-19, no considera la población migrante para el desarrollo de proyecciones, que permitan identificar el número de vacunas necesarias.
- El país comenzó muy tarde a estructurar un plan de vacunación, considerando las complejidades que implica la coordinación interinstitucional, intersectorial y multinivel. Tal es así i que a finales de diciembre 2020 tiene su primera propuesta de plan de vacunación la cual es actualizada al 21 de enero de 2021 y es con la que se implementó el plan.
- El MSP firmó una serie de convenios interinstitucionales para fortalecer la implementación del plan de vacunación nacional, frente al COVID-19, sin embargo, no se conoce de los avances y resultados de estos.
- EL MSP y el MDMQ han tenido una débil articulación interinstitucional.

CAPÍTULO III: INSTRUMENTOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

3.1 Marco normativo

La normativa legal -nacional, internacional y local- se constituye en un instrumento de política pública que debe ser considerada el momento de proponer, construir, actualizar las políticas públicas relacionadas con los grupos de atención prioritaria.

A continuación, se presentan el marco normativo en el marco de la política pública de inmunización.

3.1.1 Derecho a una vida digna, libre de violencia y derecho a la salud.

Es importante considerar que además de atender a los derechos consagrados en la Constitución, instrumentos internacionales y normativa interna, también es necesario observar en estas normas, una serie de enfoques analíticos y principios que aportan a la efectiva garantía de derechos. Estos enfoques, permiten analizar criterios y elementos diferenciadores para efectivizar los derechos de las personas en todas sus diversidades, prestando especial atención a las condiciones de vulnerabilidad. Además, los principios se constituyen en lineamientos estratégicos para comprender y efectivizar de manera integral el catálogo de derechos. La importancia de la puesta en práctica de estos enfoques y principios radica en que, en tiempos de crisis, las más afectadas son las personas en situación de vulnerabilidad y exclusión social. Por ende, su atención requiere miradas interseccionales e integrales que dimensionen las causas estructurales que les afectan.

El artículo primero de la Constitución define al Ecuador como un Estado constitucional de derechos, esto quiere decir, que todo su accionar se debe centrar en el cumplimiento de los derechos de las personas. Así, el artículo 3 de la Carta Magna señala en su primer numeral, que es deber primordial del Estado “Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.”

El artículo 11 de los principios de aplicación de derechos señala en su numeral 3 que los derechos y garantías establecidos en la Constitución e instrumentos internacionales son de directa e inmediata aplicación por y ante cualquier servidora o servidor público, de oficio o a petición de parte.

El artículo 66 Ibidem establece, que el Estado garantiza a las personas el derecho a una vida digna, que asegure, entre otros aspectos, la salud. En ese sentido, es una responsabilidad del Estado garantizar el derecho a la integridad personal de sus habitantes que incluye: la integridad física, psíquica, moral y sexual; y una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. Con relación al derecho a vivir una vida digna, libre de violencia, el componente de dignidad debe estar presente en todas las situaciones en las que se atienda a personas. Respetar la dignidad e integridad de las personas implica garantizar espacios cómodos,

seguros y una atención de calidad y calidez, especialmente para las personas en situación de vulnerabilidad.

El artículo 35 de la Carta Magna consagra a los grupos de atención prioritaria, quienes recibirán protección y atención prioritaria y especializada en los distintos ámbitos. Estos grupos de atención prioritaria están conformados por personas adultas mayores, niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos.

Según el artículo 32 de la Constitución, es deber primordial del Estado garantizar el derecho a la salud, derecho que se vincula al ejercicio de otros derechos que sustentan el buen vivir. Este artículo señala que “la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

Si bien el acceso a la salud es universal, se debe atender a la particularidad de cada grupo humano, especialmente a los grupos de atención prioritaria consagrados en el artículo 35 de la Constitución: personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, personas en situación de riesgo, víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil y víctimas de desastres. Si concurre más de una de las situaciones de vulnerabilidad establecida, se debe prestar una mayor atención y protección.

El artículo 36 *Ibidem*, señala que las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado y protección contra toda forma de violencia.

El artículo 47 *Ibidem* señala, que el Estado garantiza a las personas con discapacidad la atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas.

El artículo 361 *Ibidem* señala que la rectoría del Sistema Nacional de Salud la tiene la Autoridad Sanitaria Nacional, Ministerio de Salud Pública, institución responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

El artículo primero de la Ley Orgánica de la Salud establece que el derecho a la salud se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

El artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud establece que la autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública y que le corresponde la rectoría en salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de la mencionada Ley y sus normas derivadas.

El artículo 6 Ibidem, señala las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública, en el literal 4, establece que deberá definir las normas y esquemas de inmunizaciones y proveer sin costo a la población los elementos necesarios para cumplirlo. Es muy importante hacer énfasis en esta disposición, pues además de brindar el acceso, debe garantizar que las personas realmente puedan tener acceso a beneficiarse de los esquemas de inmunización.

El artículo 7 Ibidem, consagra que todas las personas tienen derecho a la salud, de forma universal, equitativa, permanente, oportuna y de calidad, con especial atención a los grupos vulnerables contemplados en la Constitución.

El literal d) del artículo 9 de la Ibidem dispone que se garantiza a todas las personas en caso de emergencia sanitaria, el acceso y disponibilidad de insumos medicamentos necesarios para afrontarla, en un marco de respeto a los derechos humanos.

El artículo 52 ibídem establece que el Ministerio de Salud Pública proveerá a los establecimientos de salud los insumos para los procesos de inmunización de forma oportuna y permanente, asegurando su calidad y conservación, sin costo al usuario final. Así mismo, el artículo 54 ibídem que el Estado garantizará y transferirá oportunamente los recursos económicos para el cumplimiento de los procesos de inmunización.

La Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos, es un instrumento internacional de la UNESCO ratificado por varios países, entre ellos Ecuador. Esta Declaración consagra una serie de principios que deben ser considerados por los Estados en lo que respecta a los avances científicos- médicos. La Declaración señala como objetivo del instrumento, entre otros:

c) promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos;

Así, esta declaración recoge, entre otros, los principios a: la dignidad humana; consentimiento libre e informado; respeto de la vulnerabilidad humana; la integridad personal de los grupos especialmente vulnerables; la igualdad, justicia y equidad; la no discriminación y no estigmatización

La Convención Interamericana de Protección a Personas Adultas Mayores, señala en su artículo 3 los principios que rigen este instrumento, entre ellos, la promoción y defensa de los derechos de la persona mayor, su bienestar, cuidado, su dignidad, inclusión plena y efectiva en la sociedad, la equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida, el buen

trato y la atención preferencial. Todo esto, bajo un enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de las personas adultas mayores.

El artículo 6 *ibídem*, consagra el derecho a una vida digna en la vejez. Así, los Estados deben garantizar que se adopten las medidas para favorecer el goce efectivo del derecho a una vida digna, lo cual incluye evitar el sufrimiento innecesario de las personas adultas mayores. Esto, en concordancia con lo establecido en el artículo 9 *ibídem*, sobre el derecho a una vida libre de violencia, para lo cual los Estados deben garantizar que las personas adultas mayores reciban un trato digno, y a promover activamente la eliminación de todas las prácticas que generan violencia y que afectan la dignidad e integridad de las personas adultas mayores, especialmente de las mujeres.

El artículo 11 *ibídem*, consagra el derecho al consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud, por el cual los Estados deben elaborar y aplicar mecanismos adecuados y eficaces para impedir abusos y fortalecer la capacidad de las personas adultas mayores de comprender plenamente las opciones, riesgos y beneficios de los procedimientos médicos. Para esto, señala:

“Dicho mecanismo debería asegurar que la información que se brinde sea adecuada, clara y oportuna, disponible sobre bases o discriminatorias, de forma accesible y presentada de manera comprensible de acuerdo con la identidad cultural, nivel educativo y necesidades de comunicación de la persona mayor”

Es importante observar esta disposición, puesto que no sólo es necesario brindar el servicio de atención en salud, también se debe proporcionar con claridad la información a fin de garantizar la efectiva comprensión de las personas adultas mayores.

El artículo 19 *ibídem*, señala que los Estados deben garantizar el derecho a la salud integral de las personas adultas mayores y que deberán fortalecer las capacidades de los trabajadores de los servicios de salud, en relación con la atención de las personas adultas mayores, teniendo en consideración los principios contenidos en la Convención.

El artículo 29 *ibídem* señala que, en situaciones de riesgo y emergencias humanitarias, los Estados deben tomar las medidas correspondientes a fin de garantizar la integridad y los derechos de las personas adultas mayores.

El artículo 32 *ibídem*, establece medidas para la toma de conciencia, así los Estados deben fomentar el trato digno, respetuoso y considerado hacia la persona mayor.

El artículo 33 de la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores expresa que las personas adultas mayores tienen derecho a la preservación de su integridad y a vivir una vida libre de todo tipo de violencia, esto incluye la prevención y erradicación de todas las formas de maltrato.

El artículo 42 de esta Ley, menciona que el Estado garantiza a las personas adultas mayores el derecho a una salud integral de forma universal, solidaria, equitativa y oportuna. El principio de calidad y calidez es un componente clave que rige el actuar de servidoras y servidores públicos, especialmente si su trabajo consiste en atender a personas de los grupos de atención prioritaria. Así, la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores en su artículo 9, literal c, señala que es uno de los deberes del Estado ecuatoriano garantizar que se brinde una atención de calidad y calidez a las personas adultas mayores en todas las etapas de su envejecimiento. Esto, en concordancia con el artículo 87 que establece: “Las personas adultas mayores, recibirán atención especial, prioritaria y oportuna de toda autoridad e institución y en todos los servicios públicos o privados necesarios para garantizar un trato digno con calidad y calidez.” La calidad y la calidez con la que se brinda atención a una persona promueve el respeto de su dignidad y garantiza un servicio eficiente por parte del Estado. Así mismo, el servicio oportuno implica celeridad en los tiempos que se brinde el servicio.

El artículo 41 *ibídem*, señala que las personas adultas mayores y otros grupos de atención prioritaria tienen derecho a recibir un trato preferente y espacios oportunos por parte de las instituciones públicas y privadas que brinden y servicios. En ese sentido, el artículo 72 literal c, señala como una atribución del Ministerio de Salud Pública, el garantizar una atención con calidad y calidez de forma prioritaria a personas adultas mayores en los establecimientos de salud pública.

Por su parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad señala en su artículo 3 que el ejercicio de derechos de las personas con discapacidad se rige, entre otros principios, por el principio de no discriminación, la accesibilidad, la plena inclusión y la igualdad de género.

El artículo 25 de la mencionada convención, consagra el derecho a la salud integral de las personas con discapacidad, y los Estados deben garantizar su ejercicio al más alto nivel posible, y deben adoptar las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. Así, señala que los Estados deben:

“Exigir a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado”

El artículo 4 numeral 5 de la Ley Orgánica de Discapacidades, establece el principio de celeridad y eficacia, por el cual “en los actos del servicio público y privado se atenderá prioritariamente a las personas con discapacidad y el despacho de sus requerimientos se procesarán con celeridad y eficacia”. Por su parte, el numeral 10 del artículo *ibídem* señala

el principio de atención prioritaria, el cual señala “en los planes y programas de la vida en común se les dará a las personas con discapacidad atención especializada y espacios preferenciales, que respondan a sus necesidades particulares o de grupo.”

El artículo ibídem, en su numeral 8 consagra el principio de accesibilidad: a través del cual “se garantiza el acceso de las personas con discapacidad al entorno físico, al transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales; así como, la eliminación de obstáculos que dificulten el goce y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, y se facilitará las condiciones necesarias para procurar el mayor grado de autonomía en sus vidas cotidianas”. Es muy importante considerar este principio en el acceso a los servicios de salud, no únicamente a lo que el acceso físico se refiere, si no también garantizar que la información para acceder al servicio pueda ser recibida de forma efectiva por todas las personas.

El artículo 19 ibídem, señala que el Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud, de forma prioritaria, especializada y permanente con enfoque de género, generacional e intercultural.

El artículo primero de la Ley Orgánica de Servicio Público señala los principios por los cuales se deben regir las servidoras y servidores públicos en su accionar. Entre estos principios, se encuentra la calidad, calidez, eficacia, eficiencia, equidad, igualdad, responsabilidad, solidaridad, transparencia, entre otros principios que promueven la interculturalidad, igualdad y no discriminación. Es responsabilidad de toda servidora y servidor público, acatar estos principios en el ejercicio de sus funciones. El no obedecer estos principios, podría acarrear responsabilidades ulteriores.

Adicionalmente, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha emitido jurisprudencia que los Estados deben acatar, entre ellos, el Ecuador. Así, señala sobre la especial protección que requieren las personas en situación de vulnerabilidad:

“Toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, en razón de los deberes especiales cuyo cumplimiento por parte del Estado es necesario para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos. La Corte reitera que no basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre, como la discapacidad.” Sentencia del caso Ximénez López vs. Brasil, 4 de julio de 2006.

Esta misma sentencia, señala que las personas con discapacidad (más de 600 millones de personas, o sea, aproximadamente el 10% de la población mundial) integran estos segmentos más vulnerables de la población, y con relación a ellas el principio básico de la igualdad y la no discriminación asume trascendental importancia ya que a menudo son objeto de

discriminación. Ante esto, los Estados deben adoptar todas las medidas para erradicar toda forma de discriminación y propiciar la plena integración de las personas con discapacidad en la sociedad.

Es importante destacar la calidad de interdependencia de los derechos humanos, especialmente del derecho a la salud, el cual permite y favorece el ejercicio de otros derechos. En la sentencia del caso Muelle Flores vs. Perú, sentencia del 06 de marzo de 2019, la Corte evidenció vulneración del derecho a la salud, afecta directamente a otros derechos. Así, reconoce que *la vulneración de un derecho vulnera a otro por la interdependencia que tienen entre sí y la Corte manifiesta que esta interdependencia suele ser más frágil en las personas adultas mayores.*

En ese sentido, en el Caso Suárez Peralta vs. Ecuador de sentencia del 21 de mayo de 2013, establece que el derecho a la integridad personal se halla directa e inmediatamente vinculado con la atención a la salud humana, y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar su vulneración. La Corte sostiene que, *“la protección del derecho a la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación”*. Así, la Corte manifiesta que los Estados deben fiscalizar y supervisar que los servicios de salud cumplan con los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las prestaciones médicas. En la sentencia, la Corte define y detalla estos principios:

- a) *Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado [...];*
- b) *Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte;*
- c) *Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, [...] y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate;*
- d) *Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.*

El caso Poblete Vilches vs Chile en su sentencia del 8 de marzo de 2018, es un referente para la región con relación a garantizar la igualdad y no discriminación de las personas en situación de vulnerabilidad. en el ejercicio del derecho a la salud. Con respecto al derecho

de igualdad y no discriminación, la Corte Interamericana reitera que *“abarca dos concepciones: una negativa relacionada con la prohibición de diferencias de trato arbitrarias, y una positiva relacionada con la obligación de los Estados de crear condiciones de igualdad real frente a grupos que han sido históricamente excluidos o que se encuentran en mayor riesgo de ser discriminados.”*

La Corte hace énfasis en los grupos de atención prioritaria y personas en situación de vulnerabilidad, y hace referencia a la garantía del derecho a la salud: *“la adopción de medidas positivas se acentúa en relación con la protección de personas en situación de vulnerabilidad o en situación de riesgo, quienes deben tener garantizado el acceso a los servicios médicos de salud en vía de igualdad.”* En ese sentido, señala que *“una eventual atención médica en instituciones sin la debida habilitación, sin estar aptas en su infraestructura o en su higiene para brindar prestaciones médicas, o por profesionales que no cuenten con la debida calificación para tales actividades, podría conllevar una incidencia trascendental en los derechos a la vida o a la integridad del paciente.”*

3.1.2 Derechos Humanos en contexto de pandemia Covid-19

Ante el riesgo de menoscabo de derechos que supone esta crisis mundial, los distintos organismos internacionales han alertado sobre la especial atención que amerita la protección de los derechos humanos en este contexto, especialmente, los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad.

En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud, en la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud WHA73.1 del día 19 de mayo de 2020, exhorta a los Estados a que todas las medidas que se apliquen para enfrentar la pandemia, *“incluyan una perspectiva de edad, discapacidad y género, garantizando al mismo tiempo el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales, prestando especial atención a las necesidades de las personas en situaciones vulnerables, (...) previniendo la violencia, la discriminación, la estigmatización y la marginación.”*

Por otra parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos en su Resolución No. 1-2020-CIDH, emite a los Estados algunas recomendaciones. Entre ellas: *“Adoptar de manera inmediata e interseccional el enfoque de derechos humanos en toda estrategia, política o medida estatal dirigida a enfrentar la pandemia del COVID-19 (...) Estas deben estar apegadas al respeto irrestricto de los estándares interamericanos e internacionales en materia de derechos humanos, en el marco de su universalidad, interdependencia, indivisibilidad y transversalidad (...)”*

Así mismo, recomienda que los Estados guíen su accionar conforme a los siguientes principios y obligaciones generales:

- a. Los compromisos internacionales en materia de derechos humanos deben cumplirse de buena fe y tomando en cuenta los estándares interamericanos y las normas de derecho internacional aplicables.

- b. El deber de garantía de los derechos humanos requiere que los Estados protejan los derechos humanos atendiendo a las particulares necesidades de protección de las personas y que esta obligación involucra el deber de los Estados de organizar todo el aparato gubernamental y, en general, todas las estructuras a través de las cuales se manifiesta el ejercicio del poder público, de manera tal que sean capaces de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos.
- c. El deber de respetar los derechos humanos comprende la noción de la restricción al ejercicio del poder estatal, es decir, requiere que cualquier órgano o funcionario del Estado o de una institución de carácter público se abstenga de violar los derechos humanos.
- e. El objetivo de todas las políticas y medidas que se adopten deben basarse en un enfoque de derechos humanos que contemple la universalidad e inalienabilidad; indivisibilidad; interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos; la igualdad y la no discriminación; la perspectiva de género, diversidad e interseccionalidad; la inclusión; la rendición de cuentas; el respeto al Estado de Derecho y el fortalecimiento de la cooperación entre los Estados.

Por otra parte, la Organización de Estados Americanos emitió la Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y con Enfoque de Derechos ante el COVID- 19 en las Américas³⁵. Este instrumento supone un importante referente para que los Estados tomen las acciones adecuadas para enfrentar esta crisis, protegiendo en la mayor medida posible los derechos humanos.

Con respecto a las personas mayores, esta Guía señala, entre otras medidas, que se debe incluir prioritariamente a las personas mayores en los programas de respuesta a la pandemia, garantizando que brinden su consentimiento previo, pleno, libre e informado y teniendo en cuenta sus situaciones particulares. Así mismo, indica que, para la implementación de medidas, se debe considerar medios idóneos de comunicación y acceso a la información para las personas adultas mayores, teniendo en cuenta la necesidad de remediar la brecha digital.

En lo que respecta a personas con discapacidad, esta Guía expresa, entre otras medidas, que se debe asegurar atención médica preferencial a las personas con discapacidad y adoptar estrategias accesibles de comunicación a fin de informar en formatos accesibles sobre evolución, prevención y tratamiento.

Finalmente, el Marco de valores del SAGE de la Organización Mundial para la Salud OMS sobre la asignación y priorización de la vacunación contra la COVID-19, señala que las decisiones acerca de la manera en que se deben asignar las vacunas contra la COVID-19 deben guiarse por los mejores conocimientos científicos disponibles para determinar los grupos prioritarios que las recibirán. En ese sentido, el documento señala que se debe

³⁵ Se sugiere revisar este importante instrumento a fin de contar con mayores elementos para atender a personas en situación de vulnerabilidad durante la pandemia COVID-19.
http://www.oas.org/es/sadye/publicaciones/GUIA_SPA.pdf

asegurar que, en la determinación de prioridades para la vacunación, los Estados consideren las vulnerabilidades, los riesgos y las necesidades de los grupos que, debido a factores sociales, geográficos o biomédicos subyacentes, están expuestos al riesgo de tener una mayor afectación de la pandemia de COVID-19.

Adicionalmente, el documento mencionado indica que los Estados deben “*establecer sistemas de suministro de vacunas y la infraestructura necesaria para asegurar el acceso a las vacunas contra la COVID-19 de los grupos poblacionales prioritarios, además de adoptar medidas proactivas para garantizar el acceso igualitario de todos los que reúnan los criterios por ser parte de un grupo prioritario, en particular de los grupos poblacionales socialmente desfavorecidos.*”

3.2 Planes de desarrollo

Un plan de desarrollo es una herramienta de gestión que tiene como objetivo promover los derechos de su población, en este sentido debe formularse con un enfoque de derechos humanos, considerando valores como: la dignidad, solidaridad y el principio de igualdad y no discriminación, el principio Pro homine.

Los principales planes de desarrollo definidos a nivel internacional, nacional y local son:

Ámbito Internacional
Objetivos de Desarrollo Sostenible ³⁶
Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos. 3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos. 3.c Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

Ámbito Nacional
Plan Nacional Toda una Vida

³⁶ Información tomada de: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Ámbito Nacional
Plan Nacional Toda una Vida
1.6 Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural. Metas a 2021: Aumentar la cobertura, calidad, y acceso a servicios de salud: reducir el porcentaje de gasto de bolsillo de los hogares en salud a 2021. Aumentar la cobertura, calidad y acceso a servicios de salud: incrementar el porcentaje de percepción positiva de los hogares con relación a servicios públicos de salud de calidad a 2021.
Ámbito Local
Plan de Ordenamiento Territorial 2015-2025
Objetivo 3.3: <ul style="list-style-type: none">● Se ha promovido el incremento de servicios de atención primaria de salud y su funcionamiento en red. Los servicios municipales de Salud, como parte de la red, han mejorado el acceso de la población y sus estándares de calidad y calidez, con mecanismos innovadores complementarios. Indicadores: Número de atenciones ambulatorias y hospitalarias en instituciones y mecanismos de atención del sistema metropolitano de salud. Meta: <ul style="list-style-type: none">● Incremento de cobertura del sistema municipal de salud. Lineamientos estratégicos: 1. Gestionar la garantía de la salud de la población Quiteña. Articulación con el Sistema Nacional. 2. Ampliación de la oferta y mejoramiento de la calidad de servicios municipales de salud. 8. Levantamiento de información permanente sobre la salud de la población de Quito y la medición de satisfacción de usuarios del sistema municipal de salud.

Hallazgos

- A nivel internacional existen directrices claras respecto a la cobertura sanitaria universal, lo que implica también el acceso a vacunas.
- A nivel nacional se establece una política pública para garantizar la salud, bajo los criterios de accesibilidad, calidad, pertinencia territorial y cultural.
 - No se identificaron acciones específicas en relación con procesos de inmunización,
 - No existe una meta o política específica sobre el tema de inmunización, pese a que hay varios GAP a los cuales la política de salud debe proteger y garantizar el derecho a la salud.
- A nivel local se establece en el plan de manera general una directriz de articulación entre el nivel local y el nivel nacional; que parecería que no logra hacerse efectiva o no se puede verificar sus resultados.
- La falta de indicadores en la política de salud establecida por el MDMQ en el PMDOT limita la posibilidad de evaluar la consecución de dicha meta.

3.3 Implementación del servicio de inmunización en el DMQ

Elaborado por: TM/AA/DA/OPP

Insumos: EA, GP, CC/CT

Revisado por: SH-CT /08 y 17-06-2021

Retroalimentado por actores consultados: equipo de CT/07-06-2021

Aprobado por: VM/SE/CPD 29-06-2021

Es importante recordar que la CRE establece al Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social como “*el conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos*” (CRE, 2008, pág. Ar. 340). Este sistema se constituye en el gran referente que convoca a todos los sistemas especializados a trabajar de manera sinérgica para garantizar los derechos de manera integral e integradora.

En el nivel local se aterriza esta disposición constitucional a través de los Sistemas de Protección Integral contemplados en el COOTAD con el fin de generar las condiciones que aseguren los Derechos humanos de sus habitantes (COOTAD 2010, 2010, Art. 4, lit h.).

Por lo tanto, esta herramienta -denominada sistema- contemplada en la Constitución y otras normas nacionales y locales no está reconocida por azar, sino que existió la visión de que el trabajo en Sistemas especializados permitiría no solo activar a las entidades que los conforman sino articular y coordinar de manera eficiente, eficaz, de tal forma que las intervenciones frente a una amenaza o riesgo natural o antrópico, den como resultados servicios de calidad, con calidez, oportunos, incluyentes, que en definitiva garanticen y protejan los derechos humanos de las personas tomando en cuenta la interseccionalidad, para considerar todas las situaciones o condiciones que tiene una persona y que pueden afectar en mayor o menor medida a cada grupo de atención prioritaria, mismos que viven diversos contextos -territoriales, tecnológicos-.

En el año 2020 el mundo colapsó frente a la pandemia por COVID-19, fenómeno que debió permitir la activación a nivel nacional del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social y de todos los sistemas especializados que se alinean a éste, sin embargo, desde el 2008, se evidencia una falencia y es que dicho Sistema no cuenta con un **ente rector** que lo organice, que genere directrices, que implemente mecanismos de seguimiento y evaluación, por lo tanto, es un Sistema que se lo nombra en la CRE, sin embargo no muchas entidades se reconocen que son parte de él, desconocen los flujos de articulación y coordinación y menos aún conocen resultados de su activación en el territorio.

Para identificar que este Sistema de Inclusión y Equidad Social incluye a otros sistemas especializados, se presentan algunos Sistemas que están presentes en la CRE como, por ejemplo:

- Sistema nacional de salud;
- Sistema nacional de educación;
- Sistema de seguridad social;
- Sistema nacional de gestión de riesgos, entre otros.

Estos sistemas especializados cuentan con entidades rectoras, dándoles las atribuciones de formular política pública, de normar, regular y controlar actividades relacionadas con su ámbito de acción. Generando condiciones para la protección integral de sus habitantes (CRE, 2008, pág. Art. 341).

Bajo este contexto el Sistema Nacional de Salud, es quien debería haber activado no solo su sistema sino los otros sistemas especializados del Sistema de Inclusión y Equidad Social para recibir la asesoría necesaria para definir las prioritizaciones de los grupos objetivos de las fases 0 y 1 del plan de vacunación -enero 2021-, que se implementó a nivel nacional y en el DMQ.

A continuación, se presenta y analiza la información facilitada por los diferentes actores contemplados de manera general en cualquier sistema como son: quienes formulan política pública, quienes ejecutan dichas políticas -entidades y equipos técnicos- y las/os titulares de derechos -PAM, PCD-.

a) Actores del Sistema identificados dentro del proceso de inmunización:

Entre los actores identificados para este proceso de observancia y que están vinculados con el proceso de inmunización -con énfasis en COVID-19- se encuentran:

1. Ministerio de Salud Pública-MSP:
 - a. Planta central
 - b. Coordinación Zonal 9-CZ9
2. Ministerio de Inclusión Económica y Social-MIES
3. Ministerio de telecomunicaciones-MINTEL
4. Ministerio de educación -MINEDUC
5. Secretaría Técnica Plan Toda una Vida-STPTUV
6. Defensoría del Pueblo del Ecuador-DPE
7. Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades -CONADIS
8. Consejo Nacional para la Igualdad de Movilidad Humana - CNIMH
9. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional - CNII
10. Servicio nacional de atención integral a personas adultas privadas de libertad y adolescentes infractores -SNAI
11. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-IESS
12. MDMQ:
 - 12.1 Secretaría Metropolitana de Salud
 - 12.2 Secretaría de Inclusión Social-SIS
 - 12.3 Unidad Patronato San José-UPSJ
 - 12.4 Secretaría Metropolitana de Educación
13. Corporación Nacional de Telecomunicaciones-CNT

Es importante conocer que una de las dificultades en el levantamiento de información fue que, únicamente el 50% de entidades³⁷ a quienes se solicitó información oficial frente a la implementación del Plan de vacunación en el DMQ la remitió hasta el 28 de mayo de 2021; en tanto que el 50% restante ³⁸ de entidades no la remitieron hasta el cierre del levantamiento

³⁷ 8 entidades remitieron información oficial: STPTUV, CNII, CNIMH, CONADIS, MINTEL, SANAI, UPSJ, CNT

³⁸ 8 entidades que NO remitieron información oficial: MSP, IESS, DPE, MINEDUC, MIES, Secretaría Metropolitana de Salud, Secretaría Metropolitana de Educación, Secretaría de Inclusión Social

de información -21 de mayo-. Evidenciando con preocupación que el MSP -ente rector de la política de salud- no dio respuesta a las preguntas en el marco de este proceso, pese a las insistencias realizadas, de igual manera en el ámbito local no se contó con una respuesta de la Secretaría Metropolitana de Salud, entidad referente en el tema de vacunación en el ámbito local y articulador de las instancias municipales.

La operativización del Plan de vacunación involucró también a otros actores del sistema como:

Actores ciudadanos	Rol
Titulares de derechos	Ejercer y exigir cumplimiento de derechos en el marco del mandato Constitucional y de los instrumentos internacionales
Entidades de atención -públicas y privadas-	Implementar servicios en el marco de las políticas públicas dirigidas a los GAP

Estos actores públicos, titulares de derechos y entidades de atención forman parte de los Sistemas especializados, del Sistema de Protección integral y definitivamente del gran Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social. Esto permite identificar la diversidad existente alrededor de los sistemas y lo complejo de la articulación y coordinación. Por lo tanto, en este proceso de inmunización, la rectoría se encuentra en el MSP, lo que implicaba que el Sistema Nacional de Salud, debió activarse e iniciar los procesos de articulación y coordinación con todos los actores que perteneciendo o no al sector de salud podían aportar con las experticias, sobre todo en temas de GAP.

Esa mirada amplia debió permitirle al MSP, prever desde el 2020 la urgencia de articular con mayor tiempo a todos los actores para la implementación de un proceso de vacunación que era inminente, urgente y necesario, y que requería:

- La asesoría de actores del Sistema - Ministerios, Secretarías, GAD, gobiernos comunitarios, CNI- para:
 - Tener presente que las realidades son diferentes en lo urbano y rural; por lo tanto, las estrategias también tenían que ser variadas, sostenidas e inclusivas.
 - La necesidad de incorporar al análisis la interseccionalidad, la misma que permite identificar que las personas pueden estar atravesadas por múltiples factores que las ubica en situación de mayor vulnerabilidad, dentro de los grupos de atención prioritaria y por lo tanto deben ser visibilizadas en los planes que se generen.
- Lograr acuerdos con el sector público, privado y comunitario para optimizar talento humano, recursos materiales y económicos, para la implementación del plan.
- Desarrollar protocolos especializados, para los grupos que así lo requieran por su condición de vulnerabilidad.

A pesar de que el MSP desde octubre de 2020 comenzó a estructurar el plan de vacunación, éste no era conocido por los actores del Sistema y en enero 2021, con la actualización de este plan, inició su implementación con la llegada de las primeras vacunas. Observando a través de las publicaciones de los medios de comunicación que fue un proceso que generó

expectativa y que no logró responder a la demanda y a los requerimientos de las PAM y PCD contempladas en la fase 0 y 1.

b) Implementación del plan de vacunación y la actuación de los actores públicos

De acuerdo con la Constitución el MSP, como representante del Estado, “ejercerá la rectoría del sistema (...), 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” (CRE, Art. 361); adicionalmente la Ley Orgánica de Salud -LOS establece en el Art. 4 que el MSP es el responsable de “Declarar la obligatoriedad de las inmunizaciones contra determinadas enfermedades, en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera; definir las normas y el esquema básico nacional de inmunizaciones; y, proveer sin costo a la población los elementos necesarios para cumplirlo”.

Frente a este marco normativo y a la pandemia por COVID-19, es el MSP el responsable de activar el Sistema Nacional de Salud y articular con los sistemas especializados que pudieran complementar esta gran cruzada por la inmunización universal, gratuita, equitativa, segura, sin discriminación para las y los habitantes del Ecuador; competencia rectora que es reconocida por las todas las entidades que remitieron la información para la elaboración del presente informe.

Como ente rector cuenta con una estrategia de inmunización cuyo objetivo es “*contribuir a reducir a morbilidad y mortalidad infantil de las enfermedades prevenibles por vacunación*” (MSP), buscando asegurar la inmunización equitativa a nivel nacional y sustentada en los siguientes principios: acceso universal y diversidad cultural, gratuidad, calidad, oportunidad y sustentabilidad, equidad social, participación social. Sin embargo, frente a la pandemia, el MSP tuvo el reto de construir de forma emergente un Plan de vacunación, por lo que según documentos del propio Ministerio, en octubre de 2020 “se constituyó el equipo encargado de desarrollar c el Plan Nacional de Vacunación COVID-19” (MSP, s/f) dando como resultado la primera versión del Plan (29-12-2021) y posteriormente su actualización a 21 de enero 2021 (MSP, 2021), siendo esta última versión sobre la cuál versará el presente análisis.

Cabe evidenciar que, hasta el 21 de mayo de 2021, fecha en la que se cerró el levantamiento de información, se encontraban publicados: el Plan de vacunación versión diciembre 2020 y enero 2021 y 3 documentos adicionales (Hoja de ruta plan para la vacunación para prevenir covid-19 Ecuador; Protocolos vacunación personal sanitario y tercera edad; Puntos de vacunación fase 0 atendidos hasta 04/03/2021). Sin embargo, el 26 de mayo que se revisó la página planvacunarse.ec, en el marco de la respuesta remitida por algunas entidades donde hacían referencia a enlaces de páginas institucionales como las del MSP, se realizó una revisión, evidenciando en la página planvacunarse.ec la publicación de nuevos documentos entre los cuales se destaca las diferentes versiones del Plan de vacunación, la versión mayo 2021 y 21 anexos.

Sin embargo, al activarse el nuevo proceso de vacunación en junio del 2021, si bien se presenta la información de diferente manera, se pierde o ya no es de fácil acceso la información sobre el plan de vacunación -actualizado- como documento técnico que debería ser de acceso público; pues en él se deben considerar la nueva planificación que orientará las acciones operativas que se implementan a nivel nacional y local.

En este contexto, se reitera que el análisis que se realizó es sobre el plan de vacunación -versión enero 2021-, el cual planteó entre los aspectos que servirán de referente para el análisis los siguientes.

Tabla No. 03 Síntesis del Plan de Vacunación para prevenir el COVID-19 -21/01/2021-

Parámetros del plan	Breve síntesis en el marco del análisis del informe de OPP
Objetivos	<p>General: Reducir la morbilidad y la mortalidad causada por esta enfermedad, protegiendo a los grupos más vulnerable mediante la vacunación frente a COVID-19 en un contexto de disponibilidad progresiva de vacunas en el período 2020-2021.</p> <p>Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Proteger la integridad del sistema de salud para la continuidad de los servicios esenciales vacunando a los trabajadores de salud de todos los niveles de atención y de otros servicios esenciales establecidos por el país Reducir la morbilidad severa y mortalidad protegiendo a las poblaciones de mayor riesgo según el perfil epidemiológico, población adulta mayor (...)
Población objetivo	<p>Criterios generales para selección de la población y población objetivo</p> <ol style="list-style-type: none"> Criterios de vulnerabilidad: personal de salud y se incluye a las personas que si se contagian tiene mayor riesgo de morir, como son los adultos mayores Criterio epidemiológico Criterio de disponibilidad de la oferta de la vacuna y sus características Principios de salud pública, justicia, ética y moral
Fases de aplicación de la vacuna	<p>Fase 0: Personal sanitario de primera línea y adultos mayores que viven en centros gerontológicos y el personal que los atiende del MIES y privados</p> <p>Fase 1: Personal sanitario restante, adultos mayores restantes, fuerzas del orden y bomberos, personal de recolección de desechos, profesores en todos los niveles, personal de sectores estratégicos, población vulnerable por discapacidad y enfermos crónicos con diabetes, hipertensión, obesidad, asma y enfermedades pulmonares crónicas, VIH, insuficiencia renal, tuberculosis, personas en la lista de espera para trasplantes</p> <p>Fase 2: inicia vacunación masiva a toda la población mayor de 18 años</p> <p>Fase 3: se vacunará la población rezagada y a nuevos grupos objetivos que se incorporen de acuerdo con la evidencia científica.</p>
Consideraciones	<p>Antes de vacunarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conocer las indicaciones y contraindicaciones para aplicarse la vacuna Conocer más acerca de los diferentes tipos de vacunas y cómo funcionan Cuando reciba la vacuna, el participante y el personal deben utilizar elementos de bioseguridad y mantener distanciamiento <p>Al vacunarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cada vacuna autorizada tiene su propia hoja informativa (para comprender riesgos y beneficios) Todas las personas -fase piloto- vacunadas deben ser observadas por 30 min en el lugar de la vacunación <p>Después de vacunarse</p>

Elaborado por: TM/AA/DA/OPP

Insumos: EA, GP, CC /CT

Revisado por: SH-CT /08 y 17-06-2021

Retroalimentado por actores consultados: equipo de CT/07-06-2021

Aprobado por: VM/SE/CPD 29-06-2021

	<ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionar más información sobre efectos secundarios a mediano y largo plazo. Recibir consejos útiles para reducir malestar ● Recibir fecha y hora de 2da dosis ● A menos que el proveedor de la vacuna o médico le indique que no puede ponerse 2da dosis, tiene que recibirla ● Conocer que el organismo necesita tiempo para generar protección luego de vacunarse- le protege desde 1 o 2 semanas después de vacunarse ● Toda persona recibirá información sobre vacuna administrada, a través del carné de vacunación, el cual debe contener: tipo de vacuna administrada, número de lote, lugar y fechas de vacunación.
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> ● Información permite ampliar el contenido de mensajes ● Debe ser oportuna, accesible a la población, culturalmente sensible e incluyente a los integrantes de las familias ● Obliga a diseñar una campaña comunicacional para generar confianza y demanda de las vacunas ● Identificación de voceros, cadena de mando, tipo de mensajes, articulación con los medios de comunicación, uso de redes sociales, incluyendo análisis y manejo de rumores, monitoreo de medios ● Materiales para diferentes audiencias, carpeta de abogacía para autoridades locales, gobernadores, aliados estratégicos, líderes comunitarios ● Sistema de monitoreo de medios y redes sociales ● Evaluación de las estrategias de comunicación

Fuente: MSP (2021) Plan de vacunación para prevenir la covid-19. Ecuador 2020-2021, Versión 21 de enero de 2021

La información facilitada por las ocho entidades permite evidenciar nudos críticos y algunas buenas prácticas que deben ser considerados por el MSP como ente rector de la política de salud, frente a un proceso de inmunización que involucra diferentes momentos: antes, durante y después de la vacunación para prevenir el COVID-19:

1. Debilidades como ente rector en procesos de articulación y coordinación oportuna con otros actores del Sistema de salud y de otros sistemas de protección contemplados en la CRE, lo cual limitó:
 - Optimizar los recursos del ministerio: talento humano, tecnológicos y otros.
 - Frente a las bases de datos se identificó que:
 - El MSP no logró consolidar una base de datos única a nivel nacional, como lo establece el punto 3 de Gobernanza del Plan (enero 2021), “*la creación de un registro nacional de vacunación COVID-19 por parte del MSP y de los ministerios con la competencia en el Área, así como con la contribución de la empresa privada (...)*”, sin embargo se evidenció que el MSP solicitó en marzo de 2021, a algunas entidades como MIES, Unidad de registro social, CONADIS; IESS, el acceso a base de datos que cumplan con unas características establecidas por dicho Ministerio. Observando que esta acción fue tardía, pues este proceso debió iniciarse al menos hace un año -junio 2020- para consolidar y depurar las bases de datos no solo de entidades públicas sino también de entidades privadas y comunitarias.

- Pese a que el MSP es el administrador la base de datos de personas con discapacidad, le solicitó al CONADIS, en marzo de 2021, el acceso a la base de datos de PCD, procesada según los parámetros requeridos para el Plan; identificándose la debilidad técnica del Ministerio para el procesamiento interno de dicha información.
- En temas de coordinación se identifican algunas dificultades:
 - Débil y/o inexistente articulación interinstitucional, intersectorial y con otros niveles de gobierno, antes, durante y después de la implementación del plan.
 - No se evidenció una coordinación con los gobiernos comunitarios de pueblos y nacionalidades -siendo un Estado plurinacional e intercultural- quienes cuentan con registros de la población que conforman las comunas, donde se puede identificar a los GAP establecidos en la fase 1 del Plan de vacunación.
 - No se identificaron acciones concretas que viabilicen la dotación de movilización al personal de salud, considerando que tenían que quedarse en horarios extendidos, lo que implicaba el retorno a sus casas a altas horas de la noche, implicando para algunos, situaciones de riesgo e inseguridad.
 - No se observaron las experticias de los actores del Sistema, en el marco de sus competencias, las mismas que pudieron contribuir en la construcción de un Plan integral e integrador, que contemple al ser humano como el eje central de esa política pública, que recoja no sólo la visión epidemiológica sino que contemple el análisis desde la interseccionalidad, para definir las prioridades de GAP y dentro de éstos a los más vulnerables que se observan invisibilizados en este plan, como son: habitantes de vida en calle, personas en movilidad humana no regularizados, equipos técnicos de casas de acogimiento de niñas, niños y adolescentes -NNA- considerando que son cuidadores que ingresan y salen de los centros por lo que esa población de NNA puede encontrarse en alto riesgo de contagio y cuidadores particulares de PAM y PCD dependientes, que al igual que los NNA se encuentran en riesgo si sus familiares y/o cuidadores enferman y peor aún si mueren.
 - Identificación de un mayor número de puntos de vacunación -urbano, rural- que permita acercar el servicio a todos los GAP.
- 2. Los Consejos Nacionales para la igualdad -CNI que son “órganos responsables de asegurar la plena vigencia y el ejercicio de los derechos” y teniendo atribuciones de formulación, observancia, seguimiento y evaluación de las políticas públicas, se observa que:
 - Existe una postura de proactividad por parte del CONADIS- una vez que conoció el plan de vacunación, solicitó -en febrero del 2021- la información sobre el plan y su cronograma para articular acciones relacionadas con PCD y adultos mayores con discapacidad. Además de alertar de la necesidad de difundir información por medios accesibles para este GAP y recordar que existe una base nominal de

personas con discapacidad que es manejada por el MSP y la cual debería ser utilizada para la identificación de las PCD, posterior agendamiento y notificación. Después de varias insistencias por parte del CONADIS para la entrega de información sobre el Plan, el MSP le da respuesta dos meses después, es decir en abril 2021. Esto genera dudas frente a la demora del MSP, toda vez que la información requerida está planificada y es de acceso público. Esto se podría subsanar si los actores del Sistema participan de la construcción de la política pública y no solo de la implementación.

A pesar de las acciones realizadas por el CONADIS, no se impulsó el análisis relacionado con la necesidad de considerar en la fase 1 de vacunación a las/os cuidadores de las PCD, puesto que quienes dependen -por su discapacidad- de una tercera persona- cuidador/a- en el caso de que se contagiaron por COVID ponen en mayor situación de vulnerabilidad a las PCD. Son estas situaciones que no han sido consideradas por el ente rector y que podían haber sido alertadas por el CONADIS, desde su experticia en el trabajo con PCD.

- El CNII informó que *“han emitido lineamientos para la transversalización de políticas públicas, sin embargo, la especialización sobre planes inmunológicos o acciones epidemiológicas le corresponde al organismo rector”*, cabe mencionar que dicho *“Protocolo para la articulación de los sistemas de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes y personas adultas mayores en el marco de la emergencia sanitaria COVID-19” -último borrador mayo 2020-*, cuyo objetivo era la articulación de los organismos que permita proteger en caso de vulneraciones de derechos a través de la emisión de medidas de protección por parte de los organismos competentes.

No se observa la participación de ningún CNI en la construcción del Plan de vacunación, siendo relevante su aporte para asesorar frente a las recomendaciones emitidas por organismos internacionales con relación a la inclusión de grupos con mayores vulnerabilidades. En el caso de NNA si bien no son un grupo que en estos momentos- hasta el cierre de levantamiento de información- pueda recibir la vacuna para prevenir el COVID, existen otras posibles vulneraciones sobre las que el CNII podría haber alertado al MSP, cuando:

- a. No se consideran a las y los cuidadores de NNA PAM que dependen totalmente de ellos y por la omisión en la fase 1 de vacunación, esos GAP pueden quedar en orfandad porque sus progenitores o cuidadores se contagiaron de COVID y fallecieron;
- b. Las y los equipos de profesionales que trabajan en las casas de acogida de NNA, que de igual manera al estar ingresando y saliendo de las instituciones pueden poner en riesgo sus vidas y las de esos NNA;
- c. Alertar al MSP que frente a la pandemia -hecho de por si relevante- no puede despreocuparse de que las vacunas del cuadro básico para NNA esté disponible y que se corrijan los errores de disponibilidad de vacunas acaecido durante los primeros meses del año 2021; además de que se debe

observar si el país -en los últimos años- está cumpliendo con los estándares internacionales de vacunación;

d. Alertar al MSP sobre la necesidad de contar con toda la evidencia científica necesaria que permita conocer en qué medida las vacunas del cuadro básico que son administradas a los NNA, son compatibles con la vacuna para prevenir COVID -19, o que tiempo de distancia debe existir para que una niña/o que fue vacunado -en el marco del cuadro básico- pueda recibir -cuando se encuentren aprobadas- la vacuna contra COVID -19.

o El CNIMH, informó que en estricto cumplimiento de sus competencias y atribuciones formuló la Agenda Nacional para la Igualdad de Movilidad Humana -2017-, la cual contempla políticas específicas para personas que se encuentren en diferentes situaciones de movilidad humana. En el caso que convoca este informe, la agenda hace referencia a personas extranjeras inmigrantes y la política relacionada establece “orientar sobre el acceso de las personas inmigrantes en el Ecuador a los servicios de salud pública de acuerdo a la normativa vigente”, por lo tanto, hace alusión al caso de la implementación del Plan de vacunación.

Sin embargo, se observa que entre marzo y mayo de 2021:

- No existió información sobre el proceso que debieron seguir las personas en movilidad humana mayores de 65 años y con discapacidad, para la inclusión y registro en la fase 1 del Plan de vacunación.
- El CNIMH no realizó ningún pronunciamiento que permita asesorar o alertar al MSP con respecto a la inclusión de personas en situaciones de movilidad humana con mayores vulnerabilidades y además incluir en la provisión de vacunas un porcentaje que permita cubrir a las personas en situación de movilidad humana que se encuentran en tránsito.

En general los CNI cuentan con experticias en el trabajo con GAP y conocen sus particularidades, por lo que son actores que debieron ser convocados por el MSP, para aportar en la construcción del Plan de vacunación y alertarle sobre las situaciones particulares de ciertos GAP, lo que implicaba añadir al criterio etario de mayores de 65 años, otros como los que se mencionan a continuación:

- Múltiples enfermedades
- Con discapacidad y múltiples enfermedades
- Pertenecientes a los sectores más empobrecidos
- PAM pobres, con discapacidad y múltiples enfermedades
- Quienes están en situación de movilidad humana no regularizada, y además están empobrecidos, sin referentes familiares, en situación de calle.
- Mujeres víctimas de violencia
- Los que viven solos y no tienen acceso a la tecnología
- Los que viven en sectores rurales o en las periferias.

Pensar en esta diversidad y desde los distintos enfoques de derechos humanos, es lo que permite al Estado como garante de derechos, analizar las mejores estrategias para llegar a ellas/os y no que ellos se vean obligados a llegar a los servicios, y que éstos no estén preparados para brindar una atención digna que evite temas de maltrato institucional³⁹ relacionados con: espera prolongada, frío, lluvia, espacios con poca accesibilidad, gastos en movilización, entre otros.

No se evidenció una articulación entre los cinco CNI que permita un trabajo mancomunado para asesorar al ente rector -MSP- en temas relacionados con la determinación de los criterios técnicos para la identificación de los GAP en el Plan. Si bien el MSP puede considerar que se han incorporado los parámetros internacionales, siempre es importante aterrizarlos a la realidad local, para lo cual el rol de los CNI es relevante.

Este rol de los CNI en lo local lo asumen los Consejos Cantonales de Protección, es así como esté Consejo, en el marco de sus atribuciones, frente al tema de la pandemia y al plan de vacunación ha generado:

- En febrero de 2021 referente a la adquisición de vacunas “como la pentavalente, difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis B y haemophilus influenzae a fin de precautelar la vida, la salud y la integridad (...), principalmente de las niñas, niños y adolescentes, toda vez que la vida de este grupo poblacional se encuentra en absoluto riesgo” (CPD, 2021) en el marco de la pandemia.
 - En marco de 2021 se emitió Directrices
 - La activación de este proceso de observancia, dando énfasis a 2 GAP -PAM y PCD-
3. La identificación de varias vocerías durante la implementación en la fase 1 del Plan de vacunación, las mismas que difundían mensajes diferentes sin una homologación de criterios, generó confusión en la ciudadanía y desorganización.
 4. La falla del sistema de registro en los primeros días generó malestar en las PAM y esto se agravó cuando las vocerías informaron que “los adultos mayores con discapacidad, jubilados del IESS y beneficiarios del bono del MIES serán agregados automáticamente”⁴⁰; sin embargo, el sentir y la vivencia de las PAM es que esta estrategia no funcionó. Por lo tanto, tuvieron la necesidad de registrarse en la página web “planvacuarse.ec”, y esto no dio solución al problema porque muchos tampoco fueron notificados.
 5. Con relación a usos de tecnología, según datos del INEC en el 2020 el 48,2% de PAM tenía un teléfono celular activado y el 20,5% un teléfono inteligente. Estos datos son

³⁹ Maltrato institucional, cualquier acción u omisión que pueda afectar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas a una vida digna y libre de violencias

⁴⁰<https://www.eluniverso.com/noticias/ecuador/iess-entrego-la-base-de-datos-de-sus-jubilados-y-pensionistas-de-65-anos-o-mas-al-ministerio-de-salud-publica-para-registro-de-vacunacion-nota/>

relevantes para que frente a un Plan de vacunación que debe ser de acceso universal para toda la población, sin discriminación, se consideren estrategias para llegar a ellas/os, tomando en cuenta que muchos no tendrán familiares cercanos o viven solos o en circunstancias que puedan limitar el acceso a registros de manera virtual. Considerando que como resultado del levantamiento de información con PAM -grupo focal- para este proceso de observancia, el 100% requirió del apoyo de un tercero para el registro y seguimiento de la notificación. Frente a esto queda la inquietud de ¿cuál fue la situación por la que tuvieron que atravesar las PAM y con discapacidad de la ruralidad?

6. Desde la experiencia vivida por la UPSJ como entidad ejecutora que trabaja con grupos de atención prioritaria en el DMQ, se evidencia lo siguiente:

Tabla No. 04 Experiencia de la UPSJ

Buenas prácticas por parte de la UPSJ	Dificultades identificadas
<ul style="list-style-type: none"> ● La Secretaría Metropolitana de Salud -SMS- del MDMQ fue el ente delegado, por el Sr. Alcalde, para coordinar de manera directa con el MSP y por los temas relacionados con GAP que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad con el MIES ● La SMS también articula a los actores intramunicipales para recoger los requerimientos y los apoyos y cronogramas de las jornadas de inmunización ● La coordinación realizada la con la CZ9 del MSP fue específica para informar sobre la Residencia de Adulto mayor y garantizar la vacunación. ● La UPSJ apoyó con personal para participar en los puntos de vacunación con: <ul style="list-style-type: none"> ○ Difusión de medidas de bioseguridad y recomendaciones previas a la vacunación y post Notificación al usuario/a de la jornada de vacunación (previa autorización de la SMS en coordinación del MSP), ● Seguimiento semanal virtual, telefónico y/o presencial, post vacuna para determinar problemáticas o alteraciones de su salud. ● Seguimiento y remisión de certificados de vacunación (primera y segunda dosis) para personas usuarias que no cuentan con número de teléfono y/o correo electrónico. ● Se implementó las directrices emitidas por el MSP, relacionadas con: <ul style="list-style-type: none"> ○ Priorización de centro de atención PAM (fase 0 (110) adultos mayores de extrema vulnerabilidad, así como también, al personal de cuidados médicos y/o cuidados generales) 	<p>Las dificultades identificadas con relación al ente rector de la pp de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cambios recurrentes de autoridades nacionales, provinciales y zonales. ● Cambios de fechas asignadas para el proceso de vacunación, con un limitado tiempo de comunicación. ● Limitadas brigadas de vacunación del MSP, para las jornadas de 1era y 2da dosis. ● Limitado personal de seguridad (Policía Nacional), para salvaguardar la integridad de los beneficiarios, vacunas y equipos logísticos. ● No existió un protocolo informado y masivamente socializado, para establecer criterios de acceso a la vacuna y lineamientos claros del proceso. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Criterios de inclusión y exclusión para ser beneficiario de la vacuna ○ Criterios técnicos de cada vacuna. ○ Condiciones en la que debían acudir las PAM, en algunos PAM fueron sin desayunar o dejaron de tomar la medicación para lograr vacunarse. ● Falta de equipos como jeringas, alcoholpad, solución salina, algodón, entre otros.

Buenas prácticas por parte de la UPSJ	Dificultades identificadas
<ul style="list-style-type: none"> ● Se continuó con los programas de atención externa como: 60y piquito, Centro de Atención Diurna al Adulto Mayor y Proyecto Inclusión, Atención a las Discapacidades y Atención a Habitantes de Calle (fase1) ● Se implementó directrices establecidas por el MSP en cuanto al mecanismo de convocatoria ● El acompañamiento de promotores comunitarios de los proyectos en mención, para el proceso de inscripción en la plataforma digital³ del Plan Vacunarse (a quienes no tenían acceso servicios digitales o por sus condiciones de vida no lo podían hacer) ● Apertura al call center “Patronato a tu Lado”, para receptar inquietudes, solicitudes de información y solicitudes de apoyo en ingreso de datos en la plataforma de digital 	

Fuente: (UPSJ, 2021)

La UPSJ generó durante este proceso la siguiente información estadística- corte 26 de mayo de 2021- (UPSJ, 2021):

- 7.704PAM vacunados en el marco de la coordinación entre la SMS y el MSP
 - 6855 PAM en situación de vulnerabilidad
 - 4.806 PAM vacunados 1era y 2da dosis proceso de acompañamiento y apoyo para las jornadas de inscripción.
 - 95 PAM vacunados, con historial de habitabilidad en calle, abandono, indigencia y mendicidad. Incluye presencia de discapacidad y un alto nivel de dependencia, fundamentalmente adquirida.
 - 3 personas con experiencia de vida en calle vacunadas.
 - 645 personas con discapacidad del proyecto “Inclusión y atención a discapacidades”, fueron vacunados con la primera y segunda dosis¹⁰⁶ personas adultas mayores, en situación o riesgo de dependencia, del proyecto “Centro de Atención Diurna al Adulto Mayor”.
 - 106 personas adultas mayores, en situación o riesgo de dependencia, del proyecto “Centro de Atención Diurna al Adulto Mayor”.
- Acompañamiento realizado a más de 7.000 PAM (dato que varía con el pasar de los días).
- Inscribieron a más de quinientas (500) PAM y PCD de parroquias rurales como: Nanegalito, Pacto, Gualca, Nanegal, entre otras.
 - 369 PAM vacunadas (1era y 2da dosis) Como resultado se tiene que
- 6.839 adultos mayores del proyecto “60 y Piquito”, se encuentran agendados (corte a 26-05-2021).

La experiencia de la Unidad Patronato San José permite identificar que la desconcentración de los servicios, en el territorio, otorga la posibilidad de contar con información -actualizada- de las/os usuarios, lo que facilitó no solo consolidar la información de PAM. PCD, personas en situación de vida en calle y coordinar su registro en la fase 0 y 1 del Plan de vacunación.

7. Desde las/os delegados de centros residenciales y de atención diurna en el DMQ que fueron consultados, se puede identificar lo siguiente (GFCentros, 2021):

Tabla No. 05 Dificultades y buenas prácticas identificadas por los centros de atención a PAM

Dificultades identificadas	Buenas prácticas
<ul style="list-style-type: none"> ● Los formatos entregados para consolidar información de PAM fueron diferentes de acuerdo con cada entidad: MSP, MIES, GAD parroquial. ● El tiempo de espera desde la entrega de bases de datos fue muy larga, llegó a variar entre 30 y 60 días ● Se identificó débil coordinación del MSP, por lo tanto, se gestionó su registro por varias vías: envío de listados a MSP, MIES, GAD; registro en la página planvacunarse.ec; diligencias de los familiares. ● La vacunación debió realizarse en los Centros de atención, según el Plan de vacunación; sin embargo, tuvieron, en muchos casos, que trasladarlos a un centro de vacunación, lo que implicó ponerles en riesgo a los PAM que por su condición son difíciles de movilizar ● Las fechas informadas por el MSP para la vacunación no eran correctas ● Información diversa sobre tiempo en el que se tenía que aplicar la 2da dosis ● No se conocía los criterios para vacunación, en uno centros, de PAM y Cuidadores y en otros centros solo PAM ● Remitían a los centros número de dosis menores que solo cubrían a PAM y no a cuidadores y personal administrativo. ● Resultados de coordinación MSP-CZ9 y MIES no dio resultados. ● El cambio de autoridades en el MSP fue el justificativo para la demora en los procesos de vacunación ● No se conoció de la pertinencia o no de la vacunación para COVID en PAM que habían sido vacunados contra la influenza. ● Frente al contagio por COVID en un Centro de atención de PAM, las entidades del Sistema no le dieron respuesta oportuna: “se llamaba a la ambulancia y les decían que estaban ocupados, al 911 que no podrían venir, se llevó a los adultos mayores a los hospitales del MSP unos en taxi, otros en ambulancia” ● Se desconoce el tiempo que debe transcurrir para las PAM, que se contagiaron puedan vacunarse 	<p>Existe un convenio firmado entre el MSP-CZ9 y el MIES-Zona 9 para cruzar bases de datos y vacunar a PAM y personal de los centros.</p>
<p>Hasta el cierre del grupo focal 14-05-2021 existían Centros de atención a PAM que no habían sido vacunados y en otros casos estaban a la espera de la 2da dosis.</p>	

Fuente: (GFCentros, 2021)

8. Dentro de los grupos de atención prioritaria se encuentran algunos sobres los cuales no se identifican directrices o los resultados son muy limitados de acuerdo con la información remitida por las instancias competentes:

Elaborado por: TM/AA/DA/OPP

Insumos: EA, GP, CC /CT

Revisado por: SH-CT /08 y 17-06-2021

Retroalimentado por actores consultados: equipo de CT/07-06-2021

Aprobado por: VM/SE/CPD 29-06-2021

- 8.1. Con relación a las personas que viven en situación de calle se conoce que: (UPSJ, 2021):
- A través del proyecto de atención a habitantes de calle, cuentan con un registro, seguimiento y monitoreo permanente y actualizado de las personas usuarias.
 - Las PAM usuarias de la Casa del Hermano (estadía temporal) se encuentran vacunados.
 - De la población que asiste al comedor inclusivo y alojamiento nocturno, se generó un listado de personas que voluntariamente puedan acceder a la vacunación y que la UPSJ puede ubicarlas para garantizar la aplicación de la 1era y 2da dosis. Listado remitido al MIES, bajo formatos del MSP. Además, solicitó al MIES definir “una estrategia conjunta que permita garantizar el acceso a la vacunación a estas personas” -habitantes de vida en calle y personas en situación de consumo-.
- 8.2. Respecto a la realidad de los habitantes de vida en calle según información indicada en el grupo focal con personal de salud, se evidenció que “todavía no hay una disposición clara sobre el tema de habitantes de calle, sin embargo, hay un convenio del MSP con el Municipio de Quito, donde se iniciará a trabajar en una planificación para los habitantes de calle” (GFSPS, 2021).
- 8.3. Con relación a las PAM en situación de movilidad humana, no se cuenta con directrices que permitan establecer acciones afirmativas para el grupo de personas que estando en movilidad humana no cuentan con documento de identificación para registrarse en las plataformas generadas para el efecto.

Respecto a lineamientos relacionados con lo que se aborda en el punto 8.3, no existió respuesta por parte del CNIMH en el marco de una de sus funciones que es “Participar en la formulación, transversalización, observancia, seguimiento y evaluación de las políticas públicas a favor de personas, comunas, comunidades, pueblos, nacionalidades y colectivos, dentro del ámbito de sus competencias relacionadas con las temáticas de género, étnicas, generacionales, interculturales, de discapacidad y movilidad humana, (...) fomentando (...) medidas de acción afirmativa que favorezcan la igualdad” (LOCNI, 2014, págs. Art. 3, núm. 3); instancia que para el Sistema es el referente de las situaciones que pueden vivir las personas en movilidad humana, más aún si se encuentran atravesadas por múltiples condiciones de vulnerabilidad y que no son visibilizados en las políticas públicas, como es el caso de personas en movilidad humana sin documentos, personas de vida en calle, entre otros.

- 8.4. Respecto a los centros de rehabilitación social, se plantea en la versión enero 2021 del Plan que dentro de la población objetivo se encontraba contemplado el “*personal Servicio Nacional de Atención Integral a personas adultas privadas de la libertad y adolescentes infractores*” (1.478 según el catastro poblacional) (MSP, 2021, pág. 20), sin embargo no se hace alusión a las personas privadas de libertad -PPL- quienes

son parte de los GAP según la CRE y además deberían estar contempladas en la fase 1 del Plan, tomando en cuenta los dos GAP de análisis de este proceso de Observancia.

Es así como el SNAI hasta el 14 mayo de 2021, fecha en la que remitió la información al CPD informó que *“ningún privado de la libertad de los Centros de Privación de Libertad de la ciudad de Quito ha sido inmunizado para Covid-19 por parte del Ministerio de Salud Pública”* (SNAI, 2021)

8.5. En el proceso de levantamiento de información con titulares de derecho, acompañantes e informantes calificados se observó que existe otro grupo que es considerado de forma parcial en el plan de vacunación -versión enero 2021- y son cuidadores de PAM y PCD. En este punto es necesario hacer dos diferenciaciones:

8.5.1. La primera es que el plan contempló al personal que labora en los centros de adultos mayores y/o geriátricos para ser vacunados en la fase 0, a pesar de ello los centros de atención consultados tienen experiencias variadas, como se indica a continuación:

- En el centro ninguna persona del equipo está vacunando, solo se está vacunando a los adultos mayores, (...), le preocupa
- Nuestro centro tiene dos sucursales:
 - En la sucursal 1 (...), solo vacunaron a cuidadores y adultos mayores, no al personal administrativo.
 - En la sucursal 2 fueron vacunados adultos mayores; no fueron vacunados ni cuidadores, ni personal administrativo.
- En el centro vacunaron a 50 ancianos y a 15 personas del personal tanto cuidadores como administrativo (1era dosis)

(GFCentros, 2021)

Esto evidencia una discrecionalidad en la implementación del Plan de vacunación, a pesar de que, en dicho Plan, estaban considerados PAM y personal de los centros gerontológicos, por tanto, se desconoce de que o de quien dependía su cumplimiento u omisión.

8.5.2. El Plan no consideró:

- La inoculación del personal que trabaja en casas de acogimiento de niñas, niños, adolescentes, quienes por sus labores dentro y fuera del establecimiento pueden poner en riesgo a este GAP, al cual la CRE establece que tendrán prioridad de entre los otros GAP.
- La inoculación de personas cuidadoras -particulares- de los GAP de análisis en este informe como son PAM y PCD, quienes se encontrarían en mayor vulnerabilidad si sus cuidadores enferman y peor aún si llegaran a morir. De igual manera los NNA si bien no son grupo objetivo de este estudio, sin embargo ¿qué pasaría si sus cuidadores se contagian y dichos NNA quedan en orfandad?, ¿cuál es la responsabilidad del Estado frente a esta situación?

Lo que le recomienda la CIDH a los Estados, es que (CIDH, 2021, págs. 5-7):

- Respecto al acceso a las vacunas, bienes y servicios bajo el principio de igualdad y no discriminación se considere:
 - Adoptar políticas públicas que respondan a enfoques diferenciados, interseccionales e interculturales, que les permita atender la discriminación múltiple que pueden acentuar los obstáculos de las personas en el acceso a la salud y a las vacunas. Del mismo modo, se deberá tomar en cuenta factores asociados a las brechas digitales existentes, particularmente aquellas derivadas de aspectos generacionales.
 - Atender a las necesidades particulares que derivan de factores de discriminación, tales como edad, (...) situación migratoria o estado documental migratorio; género, identidad, expresión de género discapacidad; pertenencia cultural, etnia y raza; condición socioeconómica y contexto de privación de libertad. (...) deben tomar en consideración particularidades geográficas.
- Respecto a la distribución y priorización de dosis de vacunas, establece que “sin prejuicio de la priorización que los Estados realicen, el principal propósito de esta política pública debe ser orientar la **planificación de la distribución de la vacuna desde un enfoque de derechos humanos y equidad**” (el énfasis corresponde a este informe)

Lo anteriormente expuesto evidencia que, en la versión del plan de vacunación de enero 2021, si bien considera la priorización general establecida en los principios emitidos por el Grupo de Personas Expertas en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización -SAGE- de la OMS, no se hace este análisis interseccional que refleja a los grupos que se han mencionado en el punto 8 de este acápite, quienes a la final fueron excluidos de la fase 1 a pesar de su vulnerabilidad.

c) Las y los titulares de derechos frente al Plan de vacunación

Los diversos sistemas existentes -de salud, especializados, de protección integral, entre otros- están integrados por diversos actores -públicos, privados-y entre ellos se encuentran las y los titulares de derechos y frente a una política pública, como es el Plan de Vacunación para prevenir el COVID-19, es relevante escuchar su voz no solo en la implementación sino sobre todo en la construcción de la política, esto permite reducir las limitaciones que un Plan puede tener el momento de su implementación.

Como se ha constatado en varios procesos de observancia impulsados desde este Consejo, el gran problema de la implementación de las políticas públicas y sus múltiples instrumentos⁴¹ es sin duda, que, frente a las emergencias y urgencias, son construidas sin el involucramiento de los actores, y con esto no se quiere decir que todas las PAM o PCD

⁴¹ Instrumentos de política pública: planes, programas, proyectos, servicios, normativa, entre otros.

deberían ser considerados, sino sus representantes de CNI, CPD, Consejos Consultivos, agremiaciones, entre otros.

Siendo importante presentar a continuación las buenas prácticas y/o dificultades sentidas por las PAM, PCD y sus acompañantes, frente a tres momentos identificados en este proceso, como son:

Momento	Variables para analizar
Antes de la vacunación	<ul style="list-style-type: none"> ● Registro ● Notificaciones
Durante la vacunación	<ul style="list-style-type: none"> ● Logística -Infraestructura -accesibilidad- ● Proceso de vacunación ● Tema comunicación- mensajes/información/inclusión
Después de la vacunación	<ul style="list-style-type: none"> ● Efectos ● Aplicación de la 2da dosis

Antes de iniciar el análisis en el marco de los momentos señalados en el cuadro anterior, se presenta información obtenida de la aplicación de una encuesta virtual que permite presentar una caracterización de las y los acompañantes en relación con las PAM que se vacunaron:

- El parentesco de la persona a quien acompañaron a la vacunación fue en un 81,8% madres, 9.1% padre y un 9.1% abuela.
- El 90,9% son personas mayores de 65 años y un 9.1% además de ser PAM tiene discapacidad.
- El 54.5% de los acompañantes viven en la misma casa de las PAM, en tanto que el 27.3% viven cerca de la casa y un 18.2% vive lejos.
- El 63.6% de personas que ayudaron a su madre, padre o abuela, estuvieron en los 3 momentos que se van a analizar, es decir: registro/notificación, durante la vacunación -1era dosis- y después de la vacunación 2da dosis; el 27,3% le acompañó únicamente el día de la vacunación 1era dosis y el 9.1% le acompañó únicamente para el registro y vacunación 1era dosis.

El último dato presentado refleja que un 36,4% de PAM requirieron de varias personas para que los acompañen al proceso de vacunación, alertando a los tomadores de decisiones a identificar una estrategia de acercar la vacunación a la población y no centralizar en puntos que posiblemente le limitan el acceso a la misma.

Además, hay que considerar que existen adultos mayores que posiblemente viven solos por diversas razones incluso por el abandono de sus familiares; esto refleja la necesidad de que el Estado cuente con un sistema de identificación de las PAM que permita conocer quienes aún tienen autonomía para movilizarse o requieren que los servicios de salud hagan un acompañamiento en casa. Aquí se genera una gran interrogante que está pasando con esas PAM que viven en el sector rural y que posiblemente las opciones de salir a un centro de vacunación son limitadas por la disminución en su movilidad y la falta o limitados medios para su movilización; por la ausencia de familiares o vecinos que puedan acompañarlos y finalmente por el riesgo al que se les expone al movilizarles

a espacios de alto grado de contacto con personas y posibles contagios en todo el trayecto (varios medios de transporte).

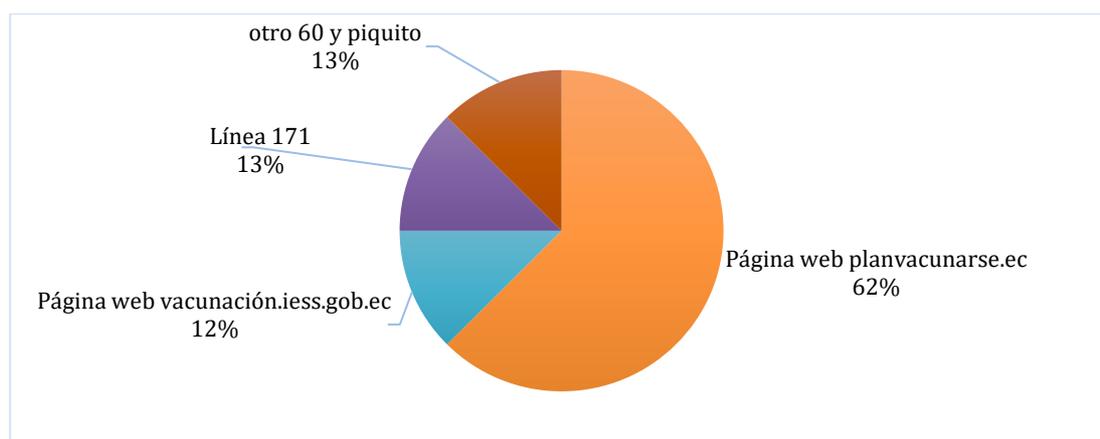
c.1 Primer momento -Antes de la vacunación/registro y notificación

El MSP estableció como mecanismos de registro la creación de una plataforma virtual, sin embargo esto puede limitar especialmente a los GAP sobre los cuales se impulsa este proceso de observancia como son PAM y PCD; puesto que como se mencionó en un acápite anterior en el 2020 el 51,8% de PAM no tiene teléfono celular activado y el analfabetismo digital (personas entre 18 y 45 años de edad) fue de 16,8% en lo rural y 7,5% en lo urbano, estos dos últimos datos pueden evidenciar que el analfabetismo digital en las personas adultas mayores posiblemente es mayor.

Frente a lo expuesto se presentan los resultados de la información recopilada del grupo focal a PAM y 2 entrevistas; una a un titular de derechos y otra a un acompañante de una PCD, donde se presentan las vivencias favorables o no durante el primer momento, en el marco del análisis propuesto:

- El 100% de PAM consultadas necesitaron de un tercero –familiar o conocido- para hacer el proceso de inscripción, a esto se sumó las dificultades que presentó la plataforma -colapsó- y los datos que se requerían conocer o tener la presencia de la PAM para responder a las preguntas sobre enfermedades, alergias, etc.-
- Los acompañantes de las PAM utilizaron diversos medios para el registro, así el 62% utilizó la página oficial del MSP, seguido de la línea 171 (13%) y otros medios (13%) como registros específicos impulsados por entidades locales como UPSJ -60 y piquito-.

Gráfico No. 02 Medios utilizados para el registro de PAM



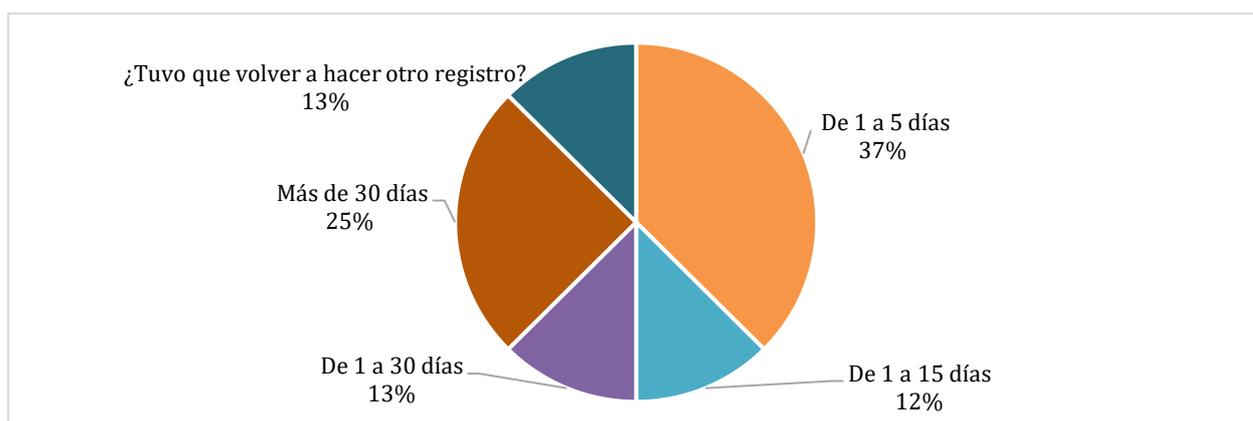
Fuente: Encuesta acompañantes de PAM y PCD, mayo 2021

Elaborado por: OPP_TM/CPD

- Después de realizar el registro el 37% de los consultados esperó hasta 5 días para recibir un mensaje de texto, es decir el tiempo establecido por el MSP, en tanto que

el 25% de PAM tardó en recibir más de 30 días y un 13% tuvo que volver a realizar el registro.

Gráfico No. 03 Tiempo transcurrido para recibir la notificación



Fuente: Encuesta acompañantes de PAM y PCD, mayo 2021

Elaborado por: OPP_TM/CPD

- Entre las dificultades generales identificadas en esta fase de registro y notificación del proceso de vacunación se encuentran:
 - Demora en la conexión con el número 171, no había respuesta y a veces no daban explicación frente a lo consultado.
 - Confusión en los casos donde no acudieron a la primera cita, porque no recibieron la notificación, por lo tanto, no hubo cita subsiguiente por no haber acudido a la primera cita, es como que existía una sanción por no acudir la primera vez.
 - Las personas sintieron que fueron obligados a tomar la decisión de asistir sin cita después de un mes de espera, como se evidencia en las siguientes expresiones:
 - *1er caso: a pesar de la vulnerabilidad de una PAM de 93 años.*
 - *2do caso: a intentar meterse en la fila que rodeaba la Carolina un día donde nos enteramos de que la vacunación era sin cita en el Centro de Exposiciones Quito.*
 - No tener la certeza de cuál era el canal efectivo para acceder al agendamiento.
 - La saturación de la página de registro.
 - Las PAM – solas- no sabían cómo hacer el registro
 - Los acompañantes no conocían ciertos datos de las PAM, lo cual limitaba hacer el registro.
 - El mensaje de texto -SMS- se han dejado de utilizar de forma permanente por lo que a veces no se los lee. Debieron utilizar también mensajes de WhatsApp.

- Los mensajes de notificación llegaban de un momento a otro y quienes acompañaron a PAM no podían organizar sus tiempos para llevarlos a los centros de vacunación.
- No recibieron la notificación.
- En el 171 indicaban que el sistema registra que si fue enviado el mensaje de notificación y cuando se pedía que indiquen el número al cual notificaron, era erróneo (es decir había una falla en la digitación).
- El registro lo hizo la UPSJ, porque soy parte de en un grupo de adultos mayores, por lo que no tuve dificultades.

Es importante recordar que el Estado es garante de derechos y en el Art. 35 de la CRE establece que las PAM y PCD son parte de los GAP y además se prevé que, si concurren más de una situación de vulnerabilidad, se debe prestar una mayor atención y protección.

Adicionalmente la Convención Interamericana de Protección a Personas Adultas Mayores señala en el Art. 3 algunos principios que deben ser considerados en la promoción y defensa de los derechos: su dignidad, inclusión plena, buen trato, atención preferencial y el Art. 6 de la misma norma plantea el derecho a una vida digna en la vejez, lo que implica que el **Estado debe adoptar medidas para favorecer el goce de los derechos evitando el sufrimiento innecesario.**

Por lo tanto al revisar los medios de comunicación y ver que las y los adultos mayores han tenido que soportar, lluvia, sol fuerte, debilitamiento en su salud, esperar por horas a las afueras de los centros de vacunación, son hechos que pueden constituirse en una forma de violencia/maltrato por acción u omisión desde las entidades encargadas de implementar el Plan de vacunación, tanto es así que la DPE ganó una acción de protección en la ciudad de Guayaquil donde el juez Klever Raymundi, de la Unidad Judicial Penal Norte 1 en Guayaquil *“aceptó la demanda de acción de protección presentada por la Defensoría del Pueblo el pasado 29 de abril de 2021, y ordenó al Ministerio de Salud que reformule la política pública en todas las fases del plan de vacunación por la COVID-19 en el país, reivindicando los derechos a la salud y vida digna de las personas adultas mayores, personas con discapacidad y personas con enfermedades catastróficas”* (DPE, 2021).

Esto le permite al MSP, como rector de la política pública, convocar a actores con experticia no solo en temas de salud sino en temas de derechos humanos para aportar en este proceso, identificar cuáles son los grupos con mayor vulnerabilidad dentro de los GAP, que per se tienen un nivel de vulnerabilidad y a partir de ese análisis desde la inteseccionalidad y desde el territorio establecer varias estrategias que permitan dar respuesta a esas diversidades evitando situaciones que pueden ser sentidas y vividas como: maltratantes, discriminatorias y excluyentes.

c.2. Segundo momento – El día de la vacunación

En esta etapa se analizarán dos momentos, el uno que es antes de ingresar al centro de vacunación y posterior al ingreso; identificando que:

Elaborado por: TM/AA/DA/OPP

Insumos: EA, GP, CC/CT

Revisado por: SH-CT /08 y 17-06-2021

Retroalimentado por actores consultados: equipo de CT/07-06-2021

Aprobado por: VM/SE/CPD 29-06-2021

- El 87% de acompañantes consultados utilizaron transporte propio para movilizar a sus familiares adultos mayores a los centros de vacunación; existiendo un 3% que utilizó taxi. Cabe analizar en este punto que la situación de movilización en buses en este tiempo de pandemia es muy compleja por varias razones:
 - Una por la poca movilidad que tienen muchos adultos mayores lo que les pone en riesgo frente a una caída, porque los escalones de los buses son muy altos y a veces la imprudencia de los conductores, les obliga a las personas a bajarse rápido, dando lugar a caídas.
 - Muchos adultos mayores durante la pandemia han limitado o reducido al máximo sus salidas y la movilización a los centros implica estar expuesto a aglomeraciones que pueden ponerles en riesgo ante contagios.
 - El uso de taxis implica una inversión de dinero que para muchos adultos mayores y sus familias puede constituirse en un limitante para trasladarles a un centro de vacunación, más aún si se encuentra lejos de la vivienda.
- Con relación al tiempo que los llevó trasladarles a los centros de vacunación se observa que el 62% de personas consultadas les tomó mínimo 30 min, sin embargo, existen agendamientos que les tomó a las personas entre 1 hora y más de 2 horas llegar al centro de vacunación.

Gráfico No. 04 Tiempo utilizado para el traslado al centro de vacunación



Fuente: Encuesta acompañantes de PAM y PCD, mayo 2021

Elaborado por: OPP_TM/CPD

Identificando la zona en la que viven las personas consultadas y el lugar de centro de vacunación se observa que el 64 % están en la misma zona y el 36% tuvo que dirigirse a un sector que sale de su zona de vivienda. Posiblemente estas personas son las que no cuentan con movilización particular para hacerlo e incluso como se verá más adelante, viviendo en los valles tuvieron que dirigirse al Centro de Exposiciones Quito, a veces las reflexiones tienden a minimizar esos porcentajes menores - 25% o 13%-, sin embargo estamos hablando de seres humanos que viven situaciones de vulnerabilidad que necesitan ser tratados con dignidad por lo tanto todas las PAM y PCD debieron ser agendados en los centros más cercanos a sus domicilios, eso es gobernar con enfoque de derechos humanos y acercando los servicios a las y los ciudadanos, es decir a sus realidades más próximas.

Elaborado por: TM/AA/DA/OPP

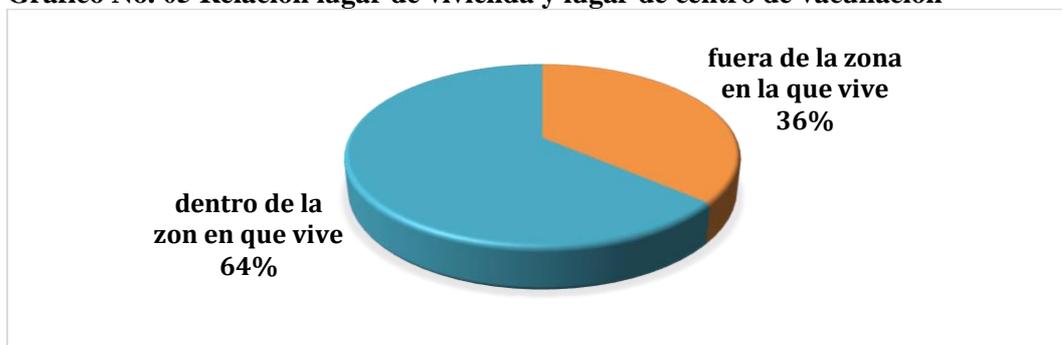
Insumos: EA, GP, CC /CT

Revisado por: SH-CT /08 y 17-06-2021

Retroalimentado por actores consultados: equipo de CT/07-06-2021

Aprobado por: VM/SE/CPD 29-06-2021

Gráfico No. 05 Relación lugar de vivienda y lugar de centro de vacunación



Fuente: Encuesta acompañantes de PAM y PCD, mayo 2021

Elaborado por: OPP_TM/CPD

- El tiempo de espera fuera y dentro del centro de vacunación, también evidenció un tema de maltrato, tomando en cuenta las limitaciones que tiene las PAM y PCD para mantenerse de pie mucho tiempo, la necesidad de los baños por que toman diuréticos, necesidad de ingerir alimento por temas de salud, las inclemencias del tiempo, entre otros. Si bien, el 50% de consultados tienen que esperar entre 30 min y 1 hora, en las afueras y dentro del centro de vacunación, existe un 50% de personas que tuvieron que esperar más de 2 horas, en cada uno de los espacios – dentro y fuera del centro-, esto denota las falencias en la implementación del plan de vacunación respecto a los tiempos de espera y la adecuación mínima de espacios dignos para que puedan esperar con comodidad.

De la entrevista realizada a la PAM se identificó que lo que les indignaba era:

- Que no les digan las verdaderas razones por las demoras en el proceso de vacunación
- La vacunación de personas que no estaban agendadas, ni en fila y que ingresaban por otras entradas.

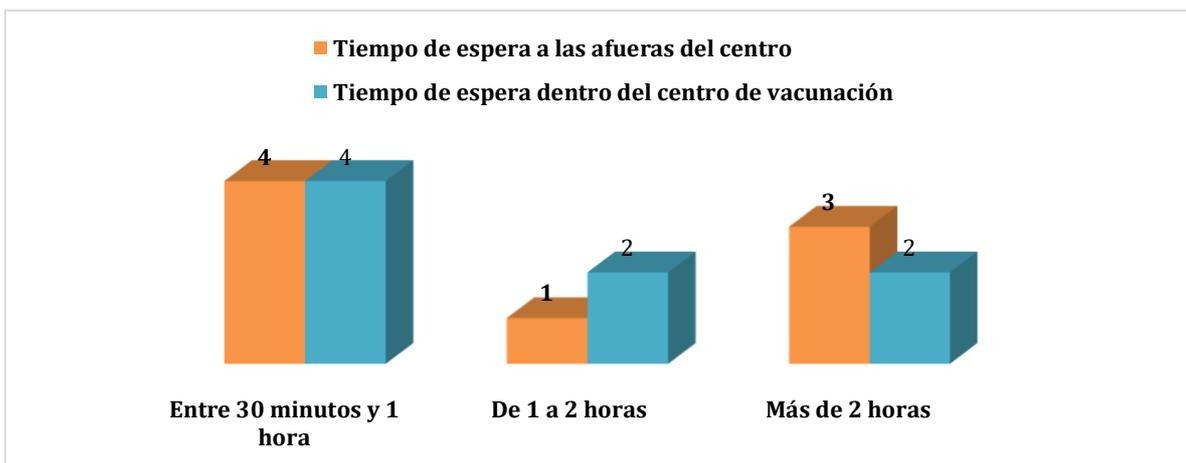
Se observa que, por la falta de lineamientos de las acciones afirmativas para las personas con mayores vulnerabilidades dentro de los GAP, también generó malestar en quienes esperaban por esa desinformación. Un ejemplo de esto.

(...) expliqué en la entrada que él (PCD y Alzheimer) no puede hacer fila bajo ningún concepto, que él no entiende que debe utilizar mascarilla, que se quita inmediatamente en el momento que se le pone entonces yo expliqué eso y me dijeron ok, tráigale para hacerle pasar inmediatamente (EAPCD, 2020)

Esto puede generar dos cosas: malestar en las personas si no se informa de esas excepciones dentro de las disposiciones para el ingreso, y dos que existen personas

que de manera inescrupulosa utilicen otros mecanismos no idóneos, que en el lenguaje popular lo conocen como “viveza criolla” para que las PAM sean vacunadas.

Gráfico No.06 Tiempos de espera: fuera y dentro del centro de vacunación



Fuente: Encuesta acompañantes de PAM y PCD, mayo 2021
Elaborado por: OPP_TM/CPD

- Las dificultades identificadas fuera y dentro del centro de vacunación son:

Tabla No. 06 Dificultades identificadas fuera y dentro del centro de vacunación

Fuera del centro de vacunación	Dentro del centro de vacunación
<ul style="list-style-type: none"> ● Aglomeraciones en los exteriores y en las puertas ● La fila era muy extensa ● Las inclemencias del tiempo ● Los tiempos prolongados de espera ● El no respeto de los horarios asignados ● Algunos centros tenían limitaciones para acceso a PCD 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aglomeraciones ● Pocos profesionales para la toma de signos vitales ● Desinformación de las personas que se iban a vacunar ● Las dosis no eran suficientes para el No. de notificados ● Muchas personas a la misma hora
<p>Excepciones: Existieron titulares de derechos que no tuvieron inconvenientes, se respetó la cita asignada y los tiempos de espera y vacunación fueron rápidos. La pregunta que surge es ¿a qué se deben esas diferencias en la atención de unas personas y otras?</p>	

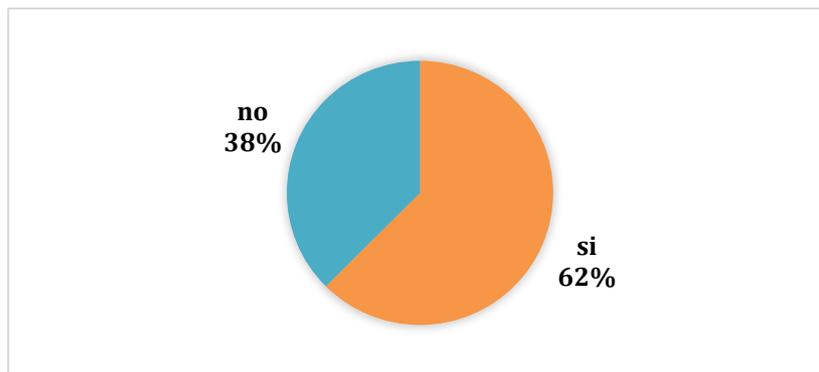
- La firma del consentimiento informado es un derecho que tienen las personas, observando que el 38% de los consultados no firmaron ningún documento, esto se puede considerar una omisión que debe ser observada por el MSP.

La normativa nacional -Ley Orgánica de Salud- establece que toda persona tiene entre sus derechos: “Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las

personas y para la salud pública” (LOS, 2006, año de reforma 2018, pág. Art. 7 lit. h) y las normas internacionales -Convención Interamericana de Protección a Personas Adultas Mayores, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad- consagran el derecho al consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud.

Adicionalmente la Organización de Estados Americanos -OEA- emitió la Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y con Enfoque de Derechos ante el COVID- 19 en las Américas, la cual establece algunas acciones que deben ser consideradas por los Estados para proteger los derechos humanos y una de ellas tiene que ver con la garantía de brindar un consentimiento previo, pleno, libre e informando, teniendo en cuenta las situaciones particulares de las personas, esto implica considerar los medios idóneos de comunicación y acceso a la información por parte de las PAM y PCD. Esto ratifica la omisión que resulta de identificar que existió un porcentaje de personas que no firmaron ningún documento de consentimiento informado.

Gráfico No.07 Porcentaje de PAM que firmaron el consentimiento informado



Fuente: Encuesta acompañantes de PAM y PCD, mayo 2021

Elaborado por: OPP_TM/CPD

- Durante el proceso de vacunación el 100% de personas consultadas en el grupo focal indicaron que pudieron ser acompañados por el familiar durante todo el proceso, sin embargo, la PAM entrevistada, manifestó que en el centro de vacunación a la que acudió solo dejaron ingresar al acompañante en los casos donde tenían dificultades de movilidad, en tanto que a quienes no tenían dificultades para movilizarse, no permitieron que les acompañen, derivando en otro problema, el cual era verificar que los digitadores introduzcan bien el correo electrónico, porque caso contrario no les llega la constancia de la vacunación- certificado-.
- Con respecto al tipo de vacuna que les aplicaron, el 100% de consultados fueron inoculados con el mismo tipo de vacuna en la 1era y 2da dosis.
- Después de la aplicación de la vacuna, tuvieron que esperar entre 20 y 30 minutos, cumpliendo con los parámetros establecidos desde el MSP.
- La entrega de certificados, se lo realizó de manera virtual, lo que generó dos posiciones, la una de indiferencia pues sus familiares se hacen cargo de eso, sin embargo, existen PAM que siguen siendo autónomos y el depender de un tercero les minimiza e

invisibiliza. Es por esto por lo que los organismos internacionales recomiendan a los Estados que se generen mecanismos que consideren las particularidades, en este caso de las PAM y PCD.

- Las PAM en los días posteriores a la vacunación sintieron dolor del brazo, fiebre, presión alta, y cansancio. Frente a lo cual lo que hizo la mayoría de las personas consultadas fue: descansar, seguido de esperar que pasen los malestares y en algunos casos tomaron paracetamol. Sin embargo, una persona llamó al 171 y no le informaron que hacer, por lo que optó por esperar a que pasen los malestares.

Gráfico No. 08 Malestares sentidos posterior a la vacuna



Fuente: Encuesta acompañantes de PAM y PCD, mayo 2021
Elaborado por: OPP_TM/CPD

Esto refleja algo mencionado anteriormente es la discrecionalidad en los puntos de vacunación, frente a brindar información de manera obligatoria a todas las personas que se vacunan o sus acompañantes de lo que deben hacer si tienen malestares o a donde acudir si fuera algo que implica mayor gravedad y explicar con ejemplos. Cabe considerar que las PAM que acuden solos a pesar de su autonomía, a veces tienen dificultad de recordar algunas cosas por lo que es necesario pensar en entregarles información impresa. Estas son las particularidades de las que hablan los organismos internacionales y que vemos ausentes en el proceso de vacunación.

- Las personas consultadas no conocían de la existencia de un sistema que les permita solicitar el certificado en caso de que no le llegue a su correo electrónico y desconocían si este sistema existía o fue implementado frente a las múltiples quejas de los usuarios.
- Se desconoce de un sistema o mecanismos para la formalización de denuncias o quejas respecto al proceso de vacunación. Constituyéndose las redes sociales en el mecanismo para dejar constancia de las quejas, sin embargo, no se observan respuestas desde el Ministerio.
- Cabe recalcar que las personas adultas mayores ven la importancia de que les tomen los signos vitales antes de la vacunación, esto les da seguridad de que se encuentran en óptimas condiciones para recibir la vacuna.

c.3. Tercer momento – Después de la vacunación

Elaborado por: TM/AA/DA/OPP

Insumos: EA, GP, CC/CT

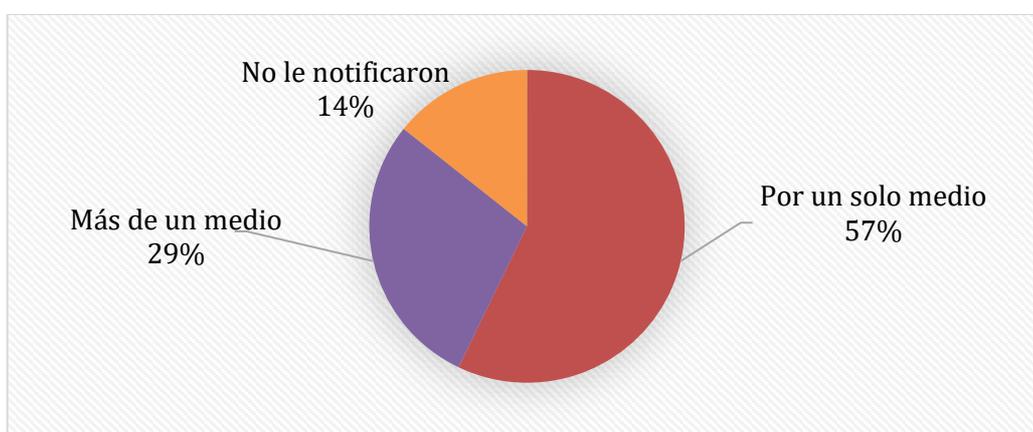
Revisado por: SH-CT /08 y 17-06-2021

Retroalimentado por actores consultados: equipo de CT/07-06-2021

Aprobado por: VM/SE/CPD 29-06-2021

- Con respecto a las notificaciones se puede identificar que para la segunda dosis de la vacuna el 57% fue notificado por un solo medio (SMS o llamada telefónica), un 29% fue notificado por varios medios (SMS y llamada telefónica, o adicionalmente llamó al 171 e ingresó a la página web para verificar la fecha) y un 14% definitivamente no recibió la notificación, por lo que se acercaron directamente a un centro de vacunación para ver si le administraban la vacuna, es decir sin certezas y con la posibilidad de que le digan que no podían aplicarle la 2da dosis.

Gráfico No. 09 Número de medios por los que le notifican



Fuente: Encuesta acompañantes de PAM y PCD, mayo 2021

Elaborado por: OPP_TM/CPD

- Con respecto a la aplicación de la 2da dosis el 71% de consultados indicó que se respetaron los 21 días establecidos en el certificado, en tanto que 29% indicó que les vacunaron a los 28 días y en otro caso prefirieron acercarse a cualquier centro de vacunación y solicitar que se le aplique la segunda dosis. Esto deja ver que la información no fue clara respecto al tiempo de aplicación de la 2da dosis, difiriendo entre la información que constaba en el certificado y la indicada en el centro de vacunación por la persona que aplicó la vacuna. Esto evidencia la falta de difusión de la información de las guías técnicas de vacunas, mediada comunicacionalmente y accesible para todas las personas, no solo a través de redes sociales.
- Ninguna entidad del sector público del nivel nacional activó algún mecanismo -formal- de registro y seguimiento post-vacuna, que permita registrar y analizar los efectos secundarios y adversos que se pudieron generar después de la vacunación. Sin embargo, la Unidad Patronato San José realizó “jornadas semanales de seguimiento a usuarios y usuarias vacunadas, promoviendo el autocuidado, uso de mascarilla, lavado de manos frecuente” (UPSJ, 2021), e incluso hacían seguimiento de las PAM que no quisieron vacunarse.
- Para algunas personas resultó complejo el cambio de centro de vacunación entre la 1era y 2da dosis. El 43% de personas consultadas no tuvo inconvenientes y las dos dosis fueron aplicadas en el mismo lugar; sin embargo, el 43% le cambiaron de centro de

Elaborado por: TM/AA/DA/OPP

Insumos: EA, GP, CC/CT

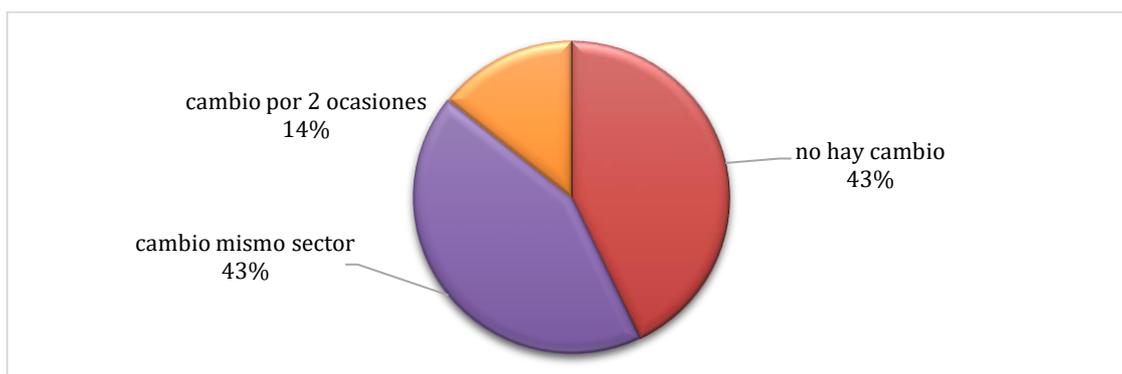
Revisado por: SH-CT /08 y 17-06-2021

Retroalimentado por actores consultados: equipo de CT/07-06-2021

Aprobado por: VM/SE/CPD 29-06-2021

vacunación en el mismo sector y un 14% tuvo que movilizarse por dos ocasiones, porque no estaba indicado el lugar correcto. Estos son temas que parece que por acción u omisión se pueden constituir en hechos maltratantes, considerando que las PAM y PCD tienen dificultades con su movilidad.

Gráfico No. 10 Modificación de centro de vacunación



Fuente: Encuesta acompañantes de PAM y PCD, mayo 2021

Elaborado por: OPP_TM/CPD

- Entre las dificultades identificadas durante la segunda dosis se encuentran:
 - No llegó la notificación de la 2da dosis,
 - Se asistió a un centro de vacunación y no tenía dosis
 - Cierre sin justificación de puntos de vacunación, lo que generó confusión, angustia y desorganización
 - Hasta el cierre del levantamiento de información para este informe, persistía la falta de notificación a PAM registradas hace más de 1 mes.
 - En algunos centros de vacunación se evidenció falta de coordinación, a diferencia de las universidades donde hay mejor coordinación y mayores recursos relacionados con talento humano.
 - Se desconoce qué nivel de coordinación existió entre el MSP y el MDMQ, puesto que la información solicitada no fue proporcionada por las dos entidades.

Finalmente, en todo el proceso de vacunación -antes, durante, después- se evidenció la ausencia de mecanismos de recepción de denuncias y/o quejas por parte de la ciudadanía, identificando que:

- La página planvacunarse.ec no tenía espacio para registrar denuncias
- Los medios por los cuales la ciudadanía podía quejarse fueron las redes sociales del MSP-facebook. Instagram- sin embargo, no se identificó que el MSP respondiera frente a las consultas o denuncias.
- Llamar al 171, implicaba contar con tiempo para la larga espera hasta que respondan, y cuando respondían no tenían información frente a la posibilidad de que registren denuncias por temas que pudieron suceder en los centros de vacunación.

d) Actores operativos y el plan de vacunación

Si bien este proceso de Observancia se enfocó en dos grupos de atención prioritaria como son las PAM y PCD, sin embargo, todo este Plan de vacunación requiere de un contingente humano, profesional que lo implemente, razón por la cual se presenta algunos elementos que deben ser considerados (GFSPS, 2021):

Antes del proceso de vacunación

Acciones positivas	Dificultades
<ul style="list-style-type: none"> ● Existió capacitación a médicos, enfermeras y anotadores- digitadores- de las Direcciones distritales ● Los equipos realizaban una avanzada para establecer los flujos de las etapas: registro, toma de signos vitales, vacunación y post-vacunación ● Contaron con el apoyo del IESS y el MDMQ en temas de logística y equipos médicos 	<ul style="list-style-type: none"> ● No se conoce cuáles fueron los criterios para seleccionar al personal, por lo que los listados fueron remitidos por planta central ● Cambios sobre las vacunas ● La generación de claves para las personas digitadoras, se demoraban y no pueden ser transferidas, lo que limita a que estas personas puedan ser reemplazadas

Durante el proceso de vacunación

Acciones positivas	Dificultades
<ul style="list-style-type: none"> ● Cuentan con especialistas de primer nivel de atención que acompañan en la vacunación, al igual que paramédicos ● Han tenido que prepararse en el camino con información remitida por Pfizer y revisando la página web. ● Por la demanda se ha capacitado a personal de otros hospitales como el HCMA; Hospital Militar, AXXIS, entre otros. 	<ul style="list-style-type: none"> ● No contar con el suficiente número de profesionales, al trabajar sábados y domingos, la única manera de respetar sus derechos laborales es la compensación de días, por lo que a veces nos falta personal en las unidades operativas. ● Falta de coordinación para que los flujos mejoren ● Se priorizó la entrega de equipos de bioseguridad solo a quienes tenían contacto con pacientes ● La falta de movilización para el personal ● En la distribución de personal no se consideró en muchos casos la ubicación de vivienda de los profesionales existiendo persona que vivían en el sur y tenían que moverse al norte de Quito.

Acciones positivas	Dificultades
<ul style="list-style-type: none"> ● Se han articulado con el MIES para vacunar a PCD y con el MDMQ ● Se establece un equipo de 3 personas (médico, enfermera y un TAF) por cada 100 vacunas. ● En las universidades como la PUCE se genera una organización diferente, porque cuentan con personal-enfermeras, admisiones, estudiantes, apoyo logístico- ● En un inicio, con apoyo de entidades, se les facilitaba almuerzo a los equipos, siendo importante porque las jornadas de trabajo se extendían más allá de las 8h al día, incluso el personal retornaba a sus hogares entre las 23 y 24hs ● El proceso de vacunación es permanente y de aprendizaje diario ● Generó una estrategia emergente para recibir los certificados de PAM que estaban solos y no recordaban su mail. Por lo tanto, ellos recibieron los certificados y lo enviaron vía celular a algún familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Los horarios son repetitivos ● El apoyo del MDMQ ha sido limitado, se pensaba que dichas brigadas relevarían al personal del MSP, sin embargo, esos equipos realizan otro tipo de actividades de promoción ● No se conoce quienes realizan las planificaciones de los puntos de Vacunación, en los distritos se apoya con las brigadas. ● Se desconoce que existan directrices para definir puntos de vacunación en el sector urbano y rural, siendo necesario contar con punto de internet y otras condiciones, distanciamiento, baños, accesibilidad, entre otros. ● El personal de salud está expuesto a las quejas y maltrato de la ciudadanía, pues no comprenden las situaciones que viven. ● En los planes de vacunación no se considera que el personal de salud no ha dejado de trabajar desde marzo del 2020, y muchos de ellos en jornadas extendidas, “el personal está con cansancio y estrés laboral, lo que ha ocasionado que se enfermen paulatinamente, por lo que ya no contamos con el mismo número que teníamos originalmente ● La identificación de generación de certificados falsos de enfermedades catastróficas. ● La demora en la entrega de vacunas retrasa todos los procesos y genera malestar en la gente ● No tener lineamientos claros y sostenibles; eso lo evidenciamos por la apertura de la vacuna a pacientes con enfermedades catastróficas; en la mañana nos dan una disposición y a la tarde la cambian; la gente corre la voz eso hace que los puntos se colapsen un ejemplo de ello: “De repente vacunamos en la mañana a personas con enfermedades catastróficas y en la tarde a personas mayores de 65 años. Esto nos dificulta a nivel territorial”. ● El personal que participa de las brigadas del Plan Vacunarse debe seguir reportando el resto de los programas y procesos del Ministerio, hay metas mensuales y trimestrales que debemos cumplir. ● El cambio de planificación: a veces nos mandaban la planificación del siguiente día a las 22H00, que cambiaban a las 24H00 y entregaban otra diferente a las 6H00, y llegando al punto de vacunación tenías que aplicar otra cosa. ● En el agendamiento, estamos mezclando pacientes, unos se vacunan con Pfizer otros con Sinovac, unos son del call center y otros por generación espontánea como los pacientes con enfermedad catastrófica. Esto nos lleva al ausentismo o colapso. ● Donde más maltrato hemos recibido de los usuarios es la gente recomendada de estatus social alto. Se ha debido poner la vacuna para evitar problemas y sanciones.

Elaborado por: TM/AA/DA/OPP

Insumos: EA, GP, CC /CT

Revisado por: SH-CT /08 y 17-06-2021

Retroalimentado por actores consultados: equipo de CT/07-06-2021

Aprobado por: VM/SE/CPD 29-06-2021

Acciones positivas	Dificultades
	<ul style="list-style-type: none">• La falta de lineamientos para priorizar dentro de los grupos ya priorizados genera inconvenientes, sin embargo, se toman las decisiones en ese momento.

Frente a un Plan de Vacunación como el que se está implementando en el país, no se han considerado factores que a la larga pueden perjudicar el proceso y es pensar en el personal que tiene que implementarlo. Cómo se espera que la atención sea cálida si se encuentran agotados, no se les facilita insumos, movilización, tienen que trabajar horarios extendidos, han sido víctimas de asaltos a altas horas de la noche, entre otros.

A esto se suma las limitaciones sobre formulación de lineamientos que sean socializados y se encuentren de acceso público en la página institucional. Cabe indicar que para este proceso de observancia se revisó la información que estuvo publicada en la página del MSP, - anclada a la página planvacunarse.ec- hasta el 21 de mayo de 2021 y se pudo identificar que entre el 25 y 26 de mayo de 2021 se subieron documentos y anexos que hubiera sido oportuno que estén publicados pues muchos de ellos tienen fechas que data de enero 2021.

Se evidencia una vez más que el proceso de articulación y coordinación del MSP como ente rector de la política de salud, se lo realizó de manera tardía y extemporánea, pues esto requería que desde junio del 2020, comiencen los procesos de diálogos interinstitucionales y entre niveles de gobierno para tener respuesta a temas que están contemplados en un proceso de implementación de políticas públicas, más aún cuando el MSP tiene una estrategia de inmunización que debe contar con las experticias para responder a procesos que el país los ha vivido hace más de una década con la pandemia del A(H1N1) en el 2009.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

Generales

1. El país retrocedió medio siglo al dividir funciones del Instituto Izquieta Pérez y dejar de producir vacunas.
2. Las buenas prácticas que el país tuvo respecto a los procesos de inmunización datan de la década del 70, sin embargo, en pleno siglo XXI no fue posible recuperarlas, potenciarlas y adaptarlas para evitar las dificultades y situaciones maltratantes que tuvieron que vivir las PAM y PCD durante la fase 0 y 1 de la implementación del Plan de vacunación.
3. El país cuenta con una directriz internacional clara, para llevar a cabo un proceso sostenido de protección de la salud, considerando: vulnerabilidades, acceso a servicios, medicamentos, vacunas seguras, eficaces, asequibles y de calidad.
4. A pesar de que el tema de inmunización es relevante en el país, se evidencia que el Plan de Desarrollo no incorpora una política específica, que plantee las metas e indicadores que evidencien el cumplimiento de estándares internacionales, con énfasis en los GAP.
5. Las entidades públicas inobservaron la norma constitucional relacionada con garantizar el acceso a la información pública, es así como el 50% de entidades -MSP, MIES, MINEDUC, Defensoría del Pueblo, MDMQ -Secretaría Metropolitana de Salud, Secretaría de Inclusión Social, Secretaría Metropolitana de Educación- y el IESS no dieron respuesta al pedido de información realizado por la Secretaría Ejecutiva del CPD, lo que pone en evidencia la falta de compromiso y corresponsabilidad para contribuir al fortalecimiento del Sistema de Protección Integral, el mismo que debe garantizar y proteger los derechos de las personas especialmente de aquellas que pertenecen a GAP.
6. Resulta altamente preocupante por ejemplo que aquellas instituciones que tienen representación en el Pleno del CPD -MIES-SIS- no hayan remitido la información solicitada para este informe, más aún cuando la Secretaría de Inclusión Social es la rectora del SPI en el DMQ.
7. En el marco de la emergencia de la pandemia se evidencia que la inmunización de niñas y niños ha quedado en segundo plano no solo por la situación que se vive por la pandemia, sino que incluso desde hace varios años el país no ha alcanzado los estándares internacionales -información que debe ser corroborada por el MSP, pues no se tiene acceso público a dicha información-; lo que implica que este grupo de atención prioritaria -de acuerdo a la CRE- se encuentra en mayor riesgo, considerando que aún la vacuna no puede ser recibida por este grupo.

Articulación y coordinación interinstitucional

1. El país comenzó muy tarde a estructurar un plan de vacunación, considerando las complejidades que implica la coordinación interinstitucional, intersectorial y multinivel. Tal es así, que:
 - Aún existen dificultades en la articulación y coordinación de manera eficiente, eficaz y efectiva no solo con las entidades que forman parte del

- Sistema Nacional de Salud, con los diferentes niveles de gobierno y con los gobiernos comunitarios; sino también con los actores que forman parte de los Sistemas especializados contemplados en la CRE, y que frente a un evento como el de la pandemia pudo aportar desde sus experticias para visibilizar la diversidad de problemáticas, de actores y proponer diversas estrategias para garantizar el derecho a una salud digna a los GAP -PAM y PCD-.
- A pesar de que el Plan -versión enero 2021 - establece una directriz de articulación en lo local, no se evidencia cómo se operativizó en el DMQ, observando que tuvo muchas limitaciones y hechos que se pueden constituir en vulneradores de derechos de las PAM y PCD.
 - La firma de convenios se constituyó en una herramienta para organizar y operativizar la cooperación con entidades públicas del nivel nacional y local sin embargo no se tiene acceso a información sobre los avances y resultados que se generan.
2. No se evidenció que los Consejos Nacionales para la igualdad, como actores claves del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social y referentes en la formulación, observancia, seguimiento y evaluación de la política pública hayan contribuido de manera oportuna y activa en la asesoría al ente rector de la política de salud frente al Plan de vacunación, en temas relacionados con la priorización de las personas a ser vacunadas, incorporando el análisis interseccional en el marco de los diferentes enfoques de derechos humanos.
 3. Se desconoce los niveles de coordinación entre el gobierno local y nacional frente a la implementación del plan de vacunación y a los acuerdos públicos que se difundieron.

Construcción de política pública

La construcción del plan de vacunación –considerada una herramienta de política pública- tuvo falencias que se evidencian en su implementación, como son:

1. A finales de diciembre 2020 tiene su primera propuesta de plan de vacunación la cual es actualizada al 21 de enero de 2021 y es con la que se implementó el plan;
2. La coordinación y articulación para la construcción del Plan debió generarse de manera permanente, durante todo el proceso, y no solo en el momento de la implementación en función de los problemas o falencias que se identificaron.
3. Incorporar al análisis las situaciones de vulnerabilidades de los GAP desde la mirada interseccional, pues esto permite mirar a las personas que se encuentran en mayor vulnerabilidad dentro de los GAP.
4. La cuantificación del número de vacunas que se requiere para inmunizar a la población en el país no considera a la población migrante para el desarrollo de las proyecciones, que permitan identificar el número real de vacunas necesarias.
5. Los entes rectores de la política pública relacionada con GAP y movilidad humana - MIES y Ministerio de Relaciones exteriores- no generaron pronunciamientos y/o lineamientos para asesorar al ente rector frente a la necesidad de incorporar a esta población con mayores vulnerabilidades en la fase 1 del Plan de vacunación.

6. Las personas privadas de libertad -PPL- a pesar de estar consideradas como GAP en la CRE, en el DMQ no fueron vacunados ni siquiera los más vulnerables como son PAM y PCD, hasta la fecha indicada por el SNAI (14-05-2021) .
7. No se identificó la importancia de optimizar las bases de datos administrativas, con las que cuentan las entidades públicas, privadas y comunitarias, para consolidar y depurar una base única, donde se identifiquen a los GAP y dentro de estos a los que tienen mayor vulnerabilidad. Lo cual llevó a que el MSP no tome las decisiones eficaces y efectivas para inmunizar a estos grupos.
8. Débil y/o inexistente participación de otros actores del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad social, que asesore al ente rector frente a temas de identificación de los GAP; evidenciando la exclusión de:
 - Personas habitantes de vida en calle
 - Personas en situación de movilidad humana que no tienen documentos
 - Cuidadores/as de PAM, PCD, NNA; considerando que su contagio pone en riesgo a estos GAP; además que los titulares que son totalmente dependientes de sus cuidadores pueden quedar en orfandad frente a su contagio y en el peor de los casos su deceso.
9. Frente a la pandemia el Estado ha direccionado mayores recursos para la compra de vacunas, sin embargo, se ha despreocupado de garantizar al personal de salud:
 - El acceso -permanente y no esporádico- de los implementos de bioseguridad, por lo que el personal ha tenido que asumir -en mayor o menor medida- esos costos.
 - Acceso a movilización para garantizar la seguridad, integridad, del personal de salud, quienes tienen que retornar a sus hogares a altas horas de la noche
 - Incluso en la reorganización de las metas de las y los servidores de la salud, planteadas en sus planificaciones institucionales, pues tienen que responder a éstas y adicionalmente a las establecidas en el plan de vacunación.
 - El carné de vacunación -físico- sigue siendo un instrumento válido para controlar la vacunación y las dosis. Sin embargo, el hecho de entregarlo de manera digital no considera las particularidades de las PAM, que no tienen correo electrónico, las personas en mendicidad, habitantes de vida en calle o las personas en movilidad humana que están de paso y posiblemente la primera dosis la reciben en un lugar y la segunda en otro.

Implementación del Plan de vacunación

1. Se reconoce los procesos de capacitación al personal de salud en el marco de la implementación del plan de vacunación
2. Si bien el MSP ha difundido mensajes comunicacionales, faltan desarrollar mensajes que informen sobre: los tipos de vacunas- información que consta en las hojas informativas de las vacunas-; efectos; tiempo que debe transcurrir para poder vacunarse si se contagio de COVID; existencia de contraindicaciones si previamente fue inmunizado contra la influenza, entre otras.
3. Las múltiples vocerías oficiales, difundieron información que confundió, desorganizó y evidenció la falta de coordinación entre el MSP y entidades como el IESS y otros que manejan bases de datos de los GAP.

Elaborado por: TM/AA/DA/OPP

Insumos: EA, GP, CC /CT

Revisado por: SH-CT /08 y 17-06-2021

Retroalimentado por actores consultados: equipo de CT/07-06-2021

Aprobado por: VM/SE/CPD 29-06-2021

4. Los centros de atención de PAM, después de entregar los registros de las PAM y sus equipos al MSP, y no tener respuesta de la vacunación en los tiempos establecidos en el plan; se vieron en la obligación de entregar las bases de datos de sus usuarios y equipos de trabajo a varias entidades públicas -MIES, GAD parroquiales-; esperando tener alguna respuesta frente a la vacunación.
5. La debilidad en la planificación refleja que:
 - En menos de 12 horas –durante la noche y primeras horas de la mañana– se cambian dos y tres veces las directrices de implementación de la aplicación de vacunas en el día que inicia. Esto desconcierta y desorganiza al personal de las brigadas y de los centros de apoyo como universidades, además que el efecto son las aglomeraciones, malestares de las personas que acuden y no son vacunadas, desinformación, entre otros.
 - No se tiene claridades respecto a las directrices de porqué en unos centros de atención de adultos mayores se vacunó a titulares y equipos y en otros solo a PAM, a pesar de que en el plan se establecía que a los equipos profesionales de dichos centros.
 - No existe un seguimiento al personal para identificar que informen a todas las PAM -post vacuna- sobre efectos, y acciones a realizar en caso de sentir malestar, y que no sea discrecional solo a quienes preguntan.
 - El seguimiento al cumplimiento -por parte del personal de salud que está en post-vacuna- de las disposiciones de informar a todas las PAM de los posibles efectos y que acciones a realizar por parte de los adultos mayores; y que esto no sea discrecional o solo si las PAM preguntan.
 - Lineamientos claros respecto a la priorización del ingreso en casos de personas con mayor vulnerabilidad dentro de los GAP. Los mismos que deben ser difundidos al personal de salud y a las/os usuarios; caso contrario las personas que están en fila piensan que hay favoritismos o son familiares o amigos de las personas de los centros de vacunación.
6. La estrategia de considerar a la población cautiva fue importante, significaba que en marzo debieron estar vacunados todas las PAM que viven en centros para adultos mayores, geriátricos y el personal de dichos centros sin embargo hasta el cierre del levantamiento de información de este informe existían centros donde sus adultos mayores y equipos no fueron vacunados.
7. El sistema para consulta de certificados no fue público, por lo que las personas desconocían que podrían ingresar a un sistema para consulta de los certificados. Sin embargo, existía un limitante adicional, si el día de la vacunación el digitador no ingresó bien el correo electrónico, esto limitaría la recepción del respectivo certificado.
8. El trabajo impulsado por la UPSJ permite evidenciar que la utilización de toda la información que recaban de la PAM y PCD que asisten a los servicios permitió identificarlos, convocarlos y lograr que accedan a las vacunas.

4.2 Recomendaciones

MSP

Como ente rector de la política de salud y del Sistema Nacional de Salud se recomienda:

Articulación y coordinación interinstitucional

1. Generar una estrategia de articulación y coordinación con los actores locales -públicos, privados y comunitarios para:
 - a. Generar lineamientos para la articulación y coordinación eficiente que permita optimizar las experticias de los diferentes actores no solo del Sistema de salud, sino también de los gobiernos locales y comunitarios, y de otros actores que forman parte de los sistemas especializados, en el territorio, para garantizar la retroalimentación y territorialización de la política de salud, con énfasis en la Estrategia Nacional de Inmunización, esto en el marco de la protección efectiva a los grupos de atención prioritaria.
 - b. Corregir los nudos críticos relacionados con los lineamientos operativos - establecidos desde la Planta Central-, que se emiten diariamente para la implementación del proceso de inmunización.
 - c. Viabilizar logística como: equipos de bioseguridad, alimentación y servicio de movilización permanente para el personal de salud que finaliza sus jornadas de trabajo en los centros de vacunación a altas horas de la noche.
2. Para viabilizar la construcción de un Sistema de información único en temas de salud, se requiere -insumo valioso para la toma de decisiones-:
 - a. Generar una mesa técnica que plantee una hoja de ruta con todos los actores involucrados en el territorio, para: identificar variables; desarrollar lineamientos de carácter obligatorio para que las entidades públicas, privadas y comunitarias remitan información permanente y actualizada.

Temas comunicacionales

1. Generar acciones oportunas para la entrega y difusión de información pública:
 - a. Rendir cuentas y transparentar a través de la publicación en la página web del MSP todos los convenios que se firmen en el marco de la articulación interinstitucional frente a la implementación del plan de vacunación y presentar información sobre los avances y/o resultados de dichos acuerdos.
 - b. Tomar medidas correctivas respecto a la omisión de la entrega de información pública que fuere solicitada al MSP.
 - c. Socializar en la página web del ministerio los avances y resultados de la implementación del plan de comunicación -marzo 2021-, en el marco del Plan de vacunación.
 - d. Disponer que todas las entidades del MSP que producen documentos incorporen fechas y estado de los mismos -borradores, finales-, previo a ser publicados en la página web del MSP.
2. Generar las acciones comunicacionales necesarias para fortalecer la difusión de información relacionada con el proceso de inmunización frente al COVID-19:

- a. Garantizar que toda la información emitida por el MSP y publicada en redes sociales y la página institucional sea oportuna y brinde la accesibilidad comunicacional considerando el analfabetismo digital, la limitada conectividad en zonas rurales y las diversas condiciones de las personas con discapacidad. Considerando los siguientes temas sobre los que se ha visto dificultades
 - o Difundir las hojas informativas sobre las vacunas, de manera accesible para todas las personas.
- b. Definir un protocolo para las vocerías de los diferentes actores del Gobierno y establecer los mensajes que difundirán, mismos deben ser claros, oportunos y no deben ser contradictorios entre los diferentes voceros.
- c. Diversificar las estrategias de comunicación con el objetivo de llegar a la mayor cantidad de población, considerando las brechas digitales y las particularidades de grupos objetivos.

Desarrollo de conocimiento

1. Invertir recursos suficientes para impulsar la investigación y el desarrollo de vacunas en el país, avance científico que se perdió a partir del 2012, año en que el gobierno dividió las funciones del Instituto Nacional Izquieta Pérez.

Estrategia de Inmunización a grupos de atención prioritaria- implementación de Plan de vacunación

1. Corregir los nudos críticos relacionados con los lineamientos operativos -establecidos desde la Planta Central del MSP-, que se emiten diariamente para la implementación del proceso de inmunización en el territorio, porque dichas modificaciones ocasionan confusión-en el personal de salud y ciudadanía- y desorden en los puntos asignados para la vacunación
2. Generar lineamientos para que el personal de salud evite la discrecionalidad frente a dos ámbitos identificados en el proceso:
 - a. Brindar información a todas las PAM sobre los efectos o síntomas que podrían tener post vacuna y qué hacer frente a ellos y no solo a quienes tienen inquietudes.
 - b. Desarrollar protocolos/ criterios por los cuales se da prioridad de ingreso a las personas con múltiples vulnerabilidades dentro de los GAP y difundirla en la entrada de los centros para que las personas conozcan cuáles son esas excepcionales.
3. Evaluar los factores por los cuales el personal de los centros de atención de adultos mayores no fue vacunado y disponer la coordinación urgente para que sean vacunados, previo a continuar abriendo la inclusión a otros grupos de atención prioritaria.
4. Analizar la pertinencia de la emisión física del carné de vacunación en los casos que así lo requieran, considerando las particularidades de cada grupo como:
 - a. Personas en situación de movilidad humana, para que puedan acceder a su segunda dosis en cualquier lugar del Ecuador.
 - b. Personas que se encuentren en situación de vida en calle o personas que, por su condición, se encuentren en extrema vulnerabilidad.

5. Incorporar en la plataforma del MSP y socializar los enlaces que permitan:
 - a. Solicitar el certificado digital de vacunación, cuando así lo requiriera la persona adulta mayor o persona con discapacidad; y en un futuro cualquier persona vacunada.
 - b. solicitar la corrección del correo electrónico, en los casos en que fueron ingresados de manera errónea, situación que limita el acceso al certificado de vacunación.
 - c. La presentación de quejas o denuncias por parte de la ciudadanía frente a los diferentes procesos de inmunización contra COVID -19 y las vacunas del cuadro básico general, las mismas que debe ser respondidas por el MSP.
6. Impulsar un proceso de evaluación desde el MSP- transparente- que permita reconocer los errores y corregirlos, para garantizar dentro del proceso de vacunación –antes, durante y después-, lo siguiente:
 - a. Un trato digno y oportuno para los GAP en el marco de lo que establece la CRE y los organismos internacionales de Salud y de Derechos Humanos.
 - b. La identificación de los GAP con mayores vulnerabilidades que están excluidos: personas en situación de vida en calle, personas en situación de movilidad humana sin documentos; cuidadores de PAM, PCD y NNA; personal que trabaja en los centros de acogimiento de NNA y Mujeres;
 - c. Accesibilidad a los centros de vacunación especialmente para PAM con limitación de movilidad y PCD; donde:
 - Los espacios que se organizan al interno de todos los centros de vacunación deben estar ubicados de manera lógica y secuencial: sala de espera, signos vitales, toma de datos, vacunación y post-vacunación, para que las personas con limitaciones de movilización no tengan que hacer mayores esfuerzos para trasladarse de un lugar a otro.
 - d. La coordinación con los servicios territorializados del MIES, los propios comités de salud, los gobiernos comunitarios, el MDMQ, para identificar y vacunar a las PAM y PCD que aún no son inmunizadas, previo a abrir a otros GAP la vacunación.
7. Incluir dentro del plan de vacunación a las personas privadas de libertad mayores de 65 años y con discapacidad para que reciban la vacuna en la fase 1, considerando su condición de mayor vulnerabilidad.
8. Garantizar que en estos tiempos de pandemia se provea del 100% de vacunas del cuadro básico de inmunización para NNA e impulsar un proceso de información sobre la importancia de la vacunación a NNA en tiempo de pandemia.
9. Publicar en la página institucional del MSP los datos periódicos de la vacunación de NNA, desagregado por edades, sexo, condición de discapacidad y territorio.

Secretaría Técnica Planifica Ecuador

1. Considerando que el Plan Nacional de Desarrollo debe entrar en un proceso de evaluación en el 2021, es relevante que se considere incorporar una política pública y las respectivas metas cuantitativas, sobre inmunización a la población con énfasis en los

grupos de atención prioritaria, considerando los lineamientos de los organismos internacionales.

Ministerio de Relaciones Exteriores

1. Generar directrices que asesoren al ente rector de salud para:
 - a. Mecanismos de registro para las personas en situación de movilidad – en tránsito y/o que no cuenta con documentos de identificación.
 - b. Entrega de certificado físico de inmunización
 - c. La coordinación con otras provincias para que quienes reciben la vacuna en Quito, puedan recibir la 2da dosis en otro lugar.

MIES

1. Tomar medidas correctivas frente a la obligación que tienen todas las entidades públicas de entregar información que fuere solicitada por cualquier persona o entidad.
2. Generar directrices y/o protocolos de cumplimiento obligatorio para que las entidades que trabajan con habitantes de vida en calle puedan ubicar a la población a ser inmunizada, esto en el marco de la articulación con el Ministerio de Salud Pública.

MINEDUC

1. Tomar medidas correctivas frente a la obligación que tienen todas las entidades públicas de entregar información que fuere solicitada por cualquier persona o entidad.

IESS

1. Tomar medidas correctivas frente a la obligación que tienen todas las entidades públicas de entregar información que fuere solicitada por cualquier persona o entidad.

MDMQ (Secretaría Metropolitana de Salud, Secretaría de Inclusión Social)

1. Tomar medidas correctivas frente a la obligación que tienen todas las entidades públicas de entregar información que fuere solicitada por cualquier persona o entidad.

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA	SIGLA UNIDAD	SUMILLA
Elaborado por:	TM	05-06-2021	OPP	
	AA	02-06-2021	OPP	
	DA	02-06-2021	OVD	
Revisado por:	SH	08-06-2021 17-06-2021	CT	
Aprobado por:	VM	29-06-2021	SE	

Elaborado por: TM/AA/DA/OPP

Insumos: EA, GP, CC /CT

Revisado por: SH-CT /08 y 17-06-2021

Retroalimentado por actores consultados: equipo de CT/07-06-2021

Aprobado por: VM/SE/CPD 29-06-2021

Bibliografía

- MSP. (s.f.). Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>
- MSP. (2021). MSP. Recuperado el 22 de abril de 2020, de PLAN DE TRABAJO VACUNACIÓN COVID 19 ECUADOR 2020-2021 *Hoja de ruta PLAN PARA LA VACUNACIÓN PARA PREVENIR COVID-19 ECUADOR 2020-2021: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/DOCUMENTO-PLAN-DE-VACUNACION%CC%81N-ECUADOR-VS-FINAL_r.pdf
- MSP. (21 de enero de 2021). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 22 de abril de 2021, de Plan de vacunación para prevenir la COVID-19. Ecuador2020-2021: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/Plan-de-Vacunacion-para-prevenir-la-COVID-19-%E2%80%93-ECUADOR-2020-2021-actualizacion-21-de-enero-2021.pdf>
- MIES. (mayo de 2021). *Ministerio de Inclusión Económica y Social*. Obtenido de <https://www.inclusion.gob.ec/misionvision/>
- MINTEL. (26 de mayo de 2021). Oficio Nro. MINTEL-DIPSE-2021-0082-O. Quito.
- STPTUV. (13 de mayo de 2021). Oficio Nro. STPTV-STPTV-2021-0331-OF. Quito.
- CONADIS. (05 de mayo de 2021). Oficio Nro. CONADIS-CONADIS-2021-0223-O. Quito.
- CNII. (12 de mayo de 2021). Oficio Nro. CNII-CNII-2021-0294-OF. Quito.
- CNT. (mayo de 2021). *Corporación Nacional de Telecomunicaciones*. Obtenido de <https://institucional.cnt.com.ec/la-cnt>
- CNT. (21 de mayo de 2021). Oficio No.20210352. Quito.
- SNAI. (14 de mayo de 2021). Memorando Nro. SNAI-STRS-2021-0404-M. Quito.
- SNAI. (mayo de 2021). *Servicio de atención integral a personas adultas privadas de la libertad y a adolescentes infractores*. Obtenido de <https://www.atencionintegral.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/ObjetivoMision-Visión.pdf>
- DPE. (mayo de 2021). *Defensoría del Pueblo Ecuador*. Obtenido de <https://www.dpe.gob.ec/filosofia-institucional-mision/>
- IESS. (mayo de 2021). *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social*. Obtenido de <https://www.iess.gob.ec/es/web/guest/inst-quienes-somos>
- MINEDUC. (mayo de 2021). *Ministerio de Educación*. Obtenido de <https://educacion.gob.ec/valores-mision-vision/>
- MINTEL. (mayo de 2021). *Ministerio de Telecomunicaciones*. Obtenido de <https://www.telecomunicaciones.gob.ec/valores-mision-vision/>
- STPTUV. (25 de mayo de 2017). Decreto Ejecutivo Nro. 11. Ecuador.
- UPSJ. (28 de mayo de 2021). Oficio Nro. UPMSJ-2021-0453-OF. Quito.
- MSP. (21 de enero de 2021). Plan de vacunación para prevenir la COVID-19 Ecuador 2021. *Versión 21 enero 2021*. Quito.
- LOCNI. (01 de julio de 2014). Ley Orgánica de los Consejos Nacionales para la Igualdad. Quito.
- INEC. (abril de 2021). Tecnologías de la información y comunicación, 2020. Ecuador.
- DPE. (19 de mayo de 2021). *LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO MARCA UN HITO HISTÓRICO AL GANAR LA ACCIÓN DE PROTECCIÓN QUE REIVINDICA LOS DERECHOS A LA SALUD Y VIDA DIGNA DE LOS GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA EN EL PROCESO DE VACUNACIÓN*. Obtenido de <https://www.dpe.gob.ec/la-defensoria-del-pueblo-marca-un-hito-historico-al-ganar-la-accion-de-proteccion-que-reivindica-los-derechos-a-la-salud-y-vida-digna-de-los-grupos-de-atencion-prioritaria-en-el-proceso-de-vacunacion/>
- EAPCD. (18 de mayo de 2020). Entrevista al acompañante de una PCD. (OPP/AA, Entrevistador)
- LOS. (2006, año de reforma 2018). *Ley Orgánica de Salud*. Quito.

- GFSPS. (18 de mayo de 2021). Grupo focal servidores públicos de salud. (UPCT/EA, Entrevistador)
- GFPAM. (14 de mayo de 2020). Grupo focal de personas adultas mayores. (OPP/TM, Entrevistador)
- GFCentros. (14 de mayo de 2021). Grupo Focal Centros de atención de PAM. (UPCT/GP, Entrevistador)
- OMS. (s/f). Recuperado el 26 de mayo de 2021, de https://www3.paho.org/inb/index.php?option=com_content&view=article&id=13:immunizations-in-the-americas&Itemid=1031&lang=es
- OPS/OMS. (2007). Recuperado el 26 de mayo de 2021, de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34945>
- Primicias. (6 de febrero de 2021). Recuperado el 26 de mayo de 2021, de <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/izquieta-perez-vacuna-ecuador-covid/>
- MSP. (21 de febrero de 2021). Plan de vacunación para prevenir la COVID-19. Ecuador 2020-2021. Recuperado el 31 de mayo de 2021
- MSP. (octubre de 2012). Recuperado el 27 de mayo de 2021, de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/LINEAMIENTOS%20CAMPA%20C3%91A%20DE%20VACUNACION%20C3%93N%20CONTRA%20INFLUENZA%20ESTACIONAL.pdf>
- CPD. (2020). *DIRECTRICES TÉCNICAS PARA INCORPORAR A LOS GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, EN SITUACIÓN DE RIESGO Y/O VULNERABILIDAD EN EL PLAN DE VACUNACIÓN DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO.*
- CDC. (s/f). Recuperado el 01 de junio de 2021, de <https://espanol.cdc.gov/flu/about/viruses/index.htm>
- GAVI The Vaccine Alliance. (s/f). Obtenido de <https://www.gavi.org/our-alliance>
- Romero y otros. (2018). Recuperado el mayo de 2021, de [file:///C:/Users/P%20C/Downloads/Dialnet-AtencionAGruposPrioritariosYCalidadDeVidaResponsab-7149456%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/P%20C/Downloads/Dialnet-AtencionAGruposPrioritariosYCalidadDeVidaResponsab-7149456%20(3).pdf)
- Begné, P. (s/f). Recuperado el MAYO de 2020, de [file:///C:/Users/P%20C/Downloads/Dialnet-AccionAfirmativa-4216808%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/P%20C/Downloads/Dialnet-AccionAfirmativa-4216808%20(4).pdf)
- André, R. (2009). *Políticas Públicas*. Ediciones Aurora.
- SENPLADES. (s/f). *Planificación*. Obtenido de <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/Notas-para-Discusi%C3%B3n.-Definiciones-conceptuales-del-Subsistema-de-Seguimiento-y-Evaluaci%C3%B3n.pdf>
- CEPAL. (2000). Recuperado el 28 de mayo de 2021, de https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/7269/S99120991_es.pdf
- Miriam, R. (s/f). Recuperado el 2020, de https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v23n4/comunicacion_breve1.pdf
- CNIG-Care Ecuador. (s/f). Obtenido de <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/2018/11/CARE-GUIA-BASICA.pdf>
- UNICEF. (18 de ENERO de 2021). Recuperado el 01 de junio de 2021, de <https://www.unicef.org/es/coronavirus/vacunas-y-covid19-lo-que-los-padres-deben-saber>
- MSP. (s/f). Recuperado el 01 de junio de 2020, de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/03/informe_brote_influenza_2017_2018.pdf
- PLAN V. (3 de julio de 2020). Recuperado el mayo 01 de 2021, de <https://www.planv.com.ec/historias/sociedad/la-vacunacion-infantil-tiende-disminuir-ecuador-dice-la-ops>

- PRIMICIAS. (2019). Recuperado el 28 de mayo de 2021, de <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/vacunas-ninos-oms-salud/>
- EL COMERCIO. (18 de diciembre de 2019). Obtenido de <https://www.elcomercio.com/tendencias/sociedad/campana-vacunacion-influenza-ministerio-salud.html>
- EL UNIVERSO. (26 de abril de 2021). Recuperado el 1 de junio de 2021, de <https://www.eluniverso.com/larevista/salud/la-vacunacion-de-rutina-de-ninos-debe-ser-prioridad-en-ecuador-dice-unicef-ante-aumento-de-mortalidad-infantil-nota/>
- PDE. (12 de febrero de 2021). Obtenido de <https://www.dpe.gob.ec/el-defensor-del-pueblo-emite-medidas-de-cumplimiento-obligatorio-al-ministro-de-salud-ante-la-escasez-de-vacunas-para-la-ninez-en-el-pais/>
- MSP. (s/f). Recuperado el 01 de junio de 2021
- GK. (21 de marzo de 2021). Recuperado el 01 de junio de 2021, de <https://gk.city/2021/03/21/escasez-vacunas-ninos-ecuador/>
- MSP. (s.f.). Recuperado el 22 de abril de 2021, de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/DOCUMENTO-PLAN-DE-VACUNACION%CC%81N-ECUADOR-VS-FINAL_r.pdf

Bibliografía sobre normativa legal

- 73.ª Asamblea Mundial de la Salud WHA73.1 (2020)
- Caso Muelle Flores vs. Perú, sentencia del 06 de marzo de 2019. Corte Interamericana de Derechos Humanos.
- Caso Poblete Vilches vs. Chile, sentencia del 8 de marzo de 2018. Corte Interamericana de Derechos Humanos.
- Caso Suárez Peralta vs. Ecuador, sentencia del 21 de mayo de 2013. Corte Interamericana de Derechos Humanos.
- Caso Ximénez López vs. Brasil, sentencia del 4 de julio de 2006. Corte Interamericana de Derechos Humanos.
- CNA. (2003). *Código de la Niñez y Adolescencia*.
- Código Municipal del Distrito Metropolitano de Quito (2019)
- Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (2010)
- Convención Interamericana de Protección a Personas Adultas Mayores (2015)
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006)
- COOTAD 2010. (2010). Código Orgánico de Organización territorial, autonomía y Descentralización. Ecuador.
- CRE. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*.
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005)
- Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y con Enfoque de Derechos ante el Covid-19 en las Américas. Organización de Estados Americanos. (2020)
- Ley Orgánica de Discapacidades (2012)
- Ley Orgánica de la Salud (2006)
- Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (2019)
- Ley Orgánica de Servicio Público (2010)
- LOPEVM. (2018). *Ley Orgánica para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres*.

- Marco de valores del SAGE de la Organización Mundial Salud para la asignación y priorización de la vacunación contra la COVID-19. (2020)
- Resolución No. 1-2020-CIDH de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (2020)