

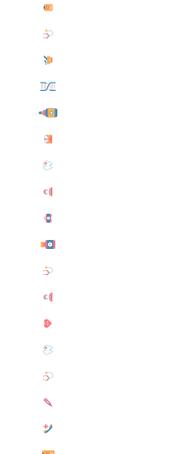
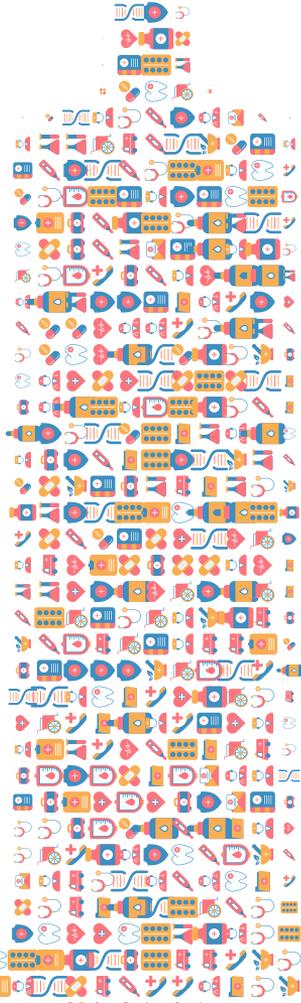
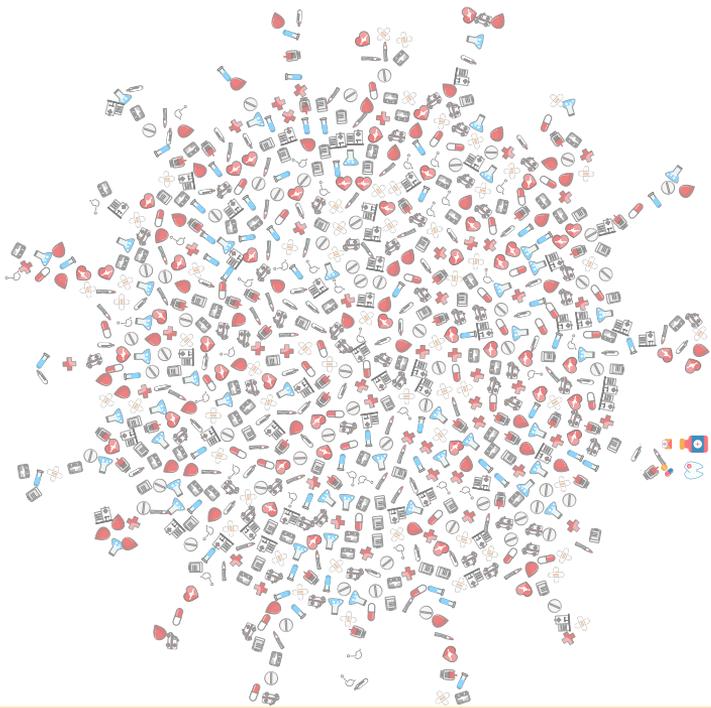
COVID-19 y la Crisis Sanitaria en Ecuador

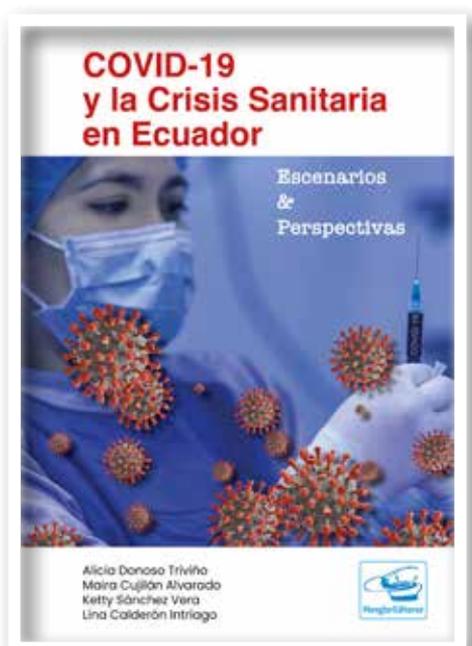
Escenarios
&
Perspectivas



Alicia Donoso Triviño
Maira Cujilán Alvarado
Ketty Sánchez Vera
Lina Calderón Intriago







Indexado en:

OpenAIRE

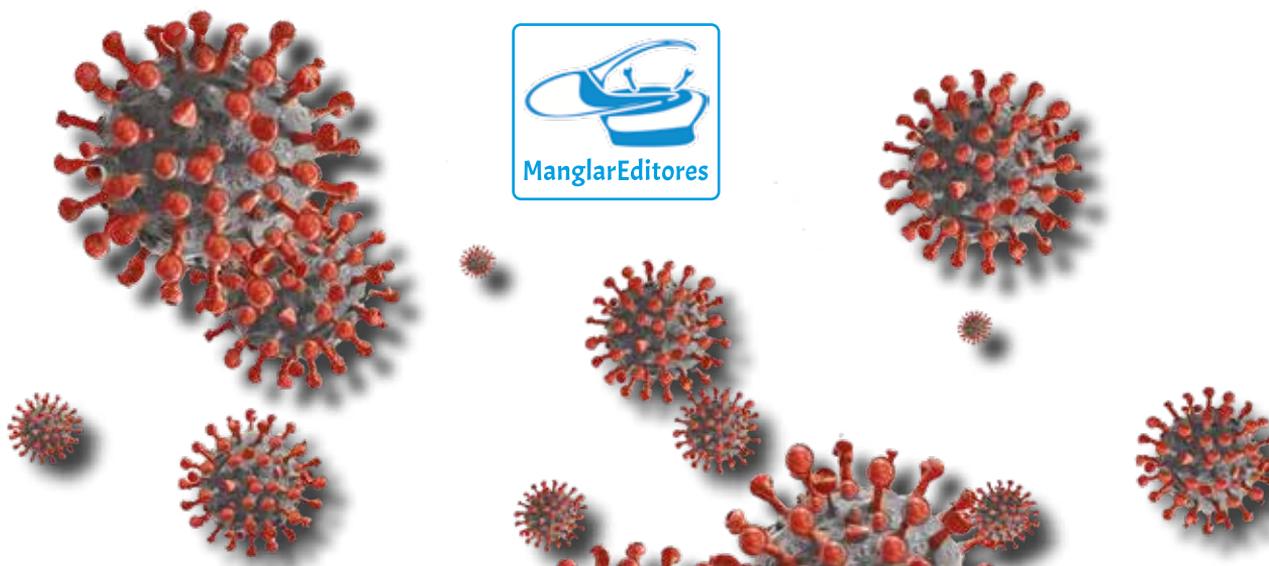
COVID-19 y la Crisis Sanitaria en Ecuador

Escenarios & Perspectivas

Alicia Donoso Triviño | Maira Cujilán Alvarado
| Ketty Sánchez Vera | Lina Calderón Intriago

Revisión Técnica

Esp. Pamela Sánchez Martínez
Dr. Gabino García Tapia
Mg. Orlando Hernández Arteaga



ManglarEditores © 2021

COVID-19 y la Crisis Sanitaria en Ecuador. Escenarios & Perspectivas © 2021

Autoras

Mg. Alicia Jeanette Donoso Triviño

Mg. Maira Cristina Cujilán Alvarado

Mg. Ketty Sánchez Vera

Mg. Lina Graciela Calderón Intriago

Las autoras son docentes de la Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Enfermería, Universidad de Guayaquil

Primera edición: 30 de julio de 2021

Derechos de autor No. GYE-012206

Depósito legal No. GYE-000318

ISBN: 978-9978-11-048-5

DOI: 10.5281/zenodo.5856932

[Disponible en E-Book \(EPUB\)](#)

Edición & Publicación



ManglarEditores

Cdla. La Garzota Mz. 59 Sl. 37, Guayaquil, Ecuador

Celular/Whatsapp/Telegram: (+593-9) 9 288 2503

info@manglareditores.com

www.manglareditores.com

Para referenciar el libro utilice los siguientes formatos:

Vancouver:

Donoso A, Cujilán M, Sánchez K, Calderón L. COVID-19 y la Crisis Sanitaria en Ecuador. Escenarios & Perspectivas. 2021. Guayaquil, Ecuador: ManglarEditores. 200 p.

APA 7a edición:

Donoso, A., Cujilán, M., Sánchez, K., & Calderón, L. (2021, 30 de julio). *COVID-19 y la Crisis Sanitaria en Ecuador. Escenarios & Perspectivas*. ManglarEditores.

Queda rigurosamente prohibido, sin la autorización expresa de los titulares de la obra, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de este libro, por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares del mismo mediante alquiler o préstamo públicos.

DRA de imágenes tomadas de Internet.

El libro **COVID-19 y la Crisis Sanitaria en Ecuador. Escenarios & Perspectivas**, fue arbitrado por la Editorial ManglarEditores de Guayaquil.

La metodología de evaluación empleada fue *double blind peer review*.

Revisión técnica y evaluación

Esp. Pamela Sánchez Martínez

Licenciada en Enfermería y Obstetricia, Enfermera General, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dr. Gabino García Tapia

Académico, Universidad Nacional Autónoma de México.

Mg. Orlando Hernández Arteaga

Trabajador Social en área médica, Hospital General de Ecatepec, México.

Revisión de citas y referencias

Mg. Patricia Navarrete Zavala

Diseño Gráfico

Raúl Córdova Layana

Descriptorios en Ciencias de la Salud (DeCS)

[D009732](#) **Nursing Care** (en) / **Atención de Enfermería** (es) / **Cuidados de Enfermagem** (pt).

[D000086382](#) **COVID-19** (en, es, pt).

[D004993](#) **Ethics, Nursing** (en) / **Ética en Enfermería** (es) / **Ética em Enfermagem** (pt).

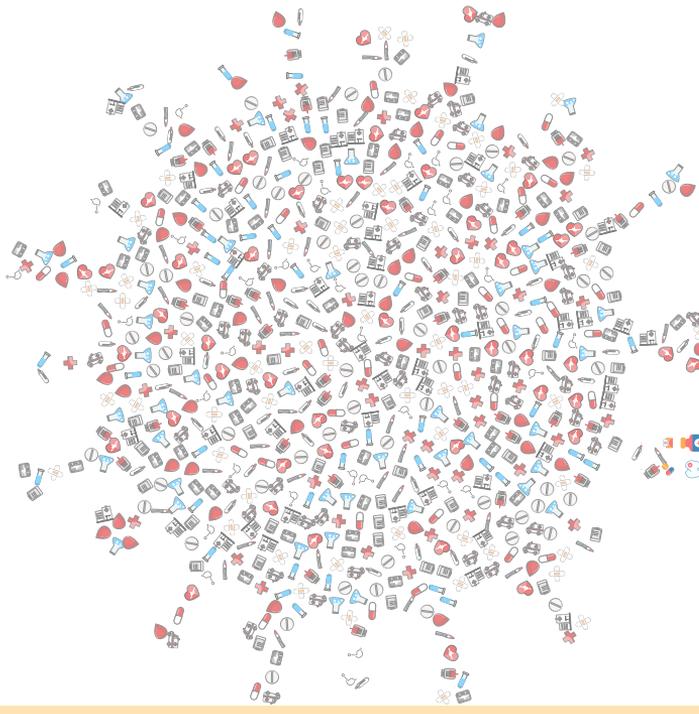
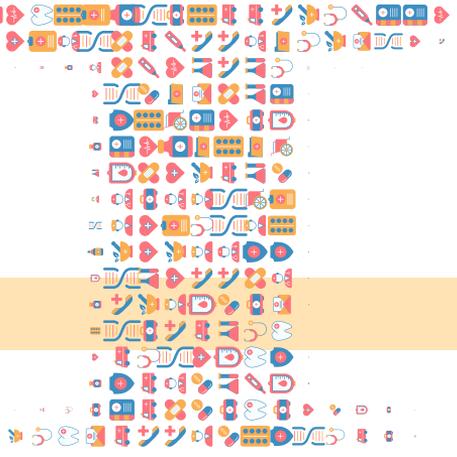
[D000073397](#) **Occupational Stress** (en) / **Estrés Laboral** (es) / **Estresse Ocupacional** (pt).

[D012648](#) **Self Care** (en) / **Autocuidado** (es) / **Autocuidado** (pt).

Área y subárea del conocimiento UNESCO

Salud y servicios sociales

72 Medicina: Enfermería



Presentación

Muere una mujer en Guayaquil y lo demás fue estadística

El 31 de diciembre de 2019 las autoridades sanitarias de la República Popular China reportaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) varios casos de neumonía de etiología desconocida en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei. Una semana más tarde confirmaron que se trataba de un nuevo tipo coronavirus denominado SARS-CoV-2, con diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluían cuadros respiratorios de leves a severos que podían derivar en cuadros de neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y fallo multiorgánico. ^[1]

El 14 de febrero de 2020 arribaba al aeropuerto de Guayaquil una mujer de 71 años procedente de Torrejón de Ardoz (España) que el 22 de febrero fue internada en un hospital de Babahoyo, su lugar de origen, con complicaciones respiratorias. El 25 de febrero, a instancias del personal médico, las autoridades de salud le efectuaron la prueba de COVID-19 y el 26, con el diagnóstico confirmado, se trasladó, intubada, al Hospital Guasmo Sur, en Guayaquil, que inauguró con ella la UCI-COVID-19. El 29 de febrero el Ministerio de Salud confirmó que se trataba del paciente cero, el primer caso importado en Ecuador por COVID-19, aún cuando la prensa señalaba que, para dicha fecha, se habían detectado en Los Ríos,

Guayas y Pichincha al menos 24 personas con sospecha de contagio. ^[2,3]

Una hora después de efectuado el anuncio sobre la paciente cero las farmacias guayaquileñas presentaban largas colas de personas en busca de mascarillas, alcohol, vitamina C y jabón. El 1 de marzo, con cinco casos más confirmados en Babahoyo (Los Ríos) y agotadas las mascarillas en farmacias, centros comerciales, supermercados y comisariatos ^[3] la demanda se trasladó a las ferreterías en busca de las de uso industrial, aún cuando la OMS las declaró ineficientes para protección de COVID-19 ^[4]. Para el 2 de marzo apenas si podían conseguirse algunas en las calles con vendedores ambulantes a precios de escándalo. ^[3]

El 13 de marzo, días del fallecimiento de la paciente cero, se anuncia la restricción de eventos masivos. Las autoridades sanitarias reportaron 23 casos confirmados mientras otras fuentes aseguran que el número real de contagios era superior a 500 ^[5]. La noche del 16 de marzo, con 58 casos confirmados oficialmente, 12 de ellos importados ^[3], otras fuentes señalan que el número de confirmaciones ascendía a 111 y más de 1.692 sospechosos ^[5]. El gobierno ecuatoriano decretó el estado de excepción que incluía, entre otras medidas, toque de queda y cierre de fronteras. El 17 de marzo Guayaquil era, en muchos sentidos, una ciudad apocalíptica: “Contagios, muertes, colapso del sistema de salud, familiares clamando para que retiren a sus fallecidos de las casas porque ya tenían hasta cuatro días con el cadáver... y seguían en lista de espera.” ^[3]

En Guayas, provincia cuya capital administrativa es Guayaquil, el primer paciente positivo presentó sintomatología el 20 de febrero, cinco días más tarde que el paciente cero. Para el 29 de febrero, cuando se confirmó oficialmente el paciente cero, la provincia contaba con 7 casos sospechosos y, lo que se suponía, era una ola de contagios que crecía exponencialmente. Pese a ello, el 4 de marzo con al menos 20 personas enfermas en la provincia, 19.852 personas vibraron en el Estadio Monumental de Guayaquil durante el encuentro entre el Barcelona y el Independiente del Valle por la Copa Libertadores. Cuatro días más tarde, el 8 de marzo, la escena se repetía en el Estadio Capwell durante el encuentro Emelec vs Aucas. Para el 13 de marzo, día del fallecimiento del

paciente cero y de la prohibición de eventos masivos, Guayas reportaba 347 infectados de los que solo se habían confirmado 7, dado que solo el Ministerio de Salud Pública podía efectuar pruebas PCR en ese momento, y el lapso entre la toma de muestras y la confirmación del diagnóstico podía demorar hasta diez días. Para el 17 de marzo, fecha de inicio del estado de excepción, Guayas contabilizaba 1.215 casos sospechosos, aunque las autoridades sanitarias reportaban únicamente 81. El 23 de marzo, cuando la ciudad de Guayaquil suspendió el transporte público, la provincia de Guayas contabilizaba 2.800 casos sospechosos que, el 2 de abril, día en que se suspendió parcialmente el metrovía, habían ascendido a 3.384,^[5] más del 70% de la cifra global de contagios en el país ^[6]. Las calles de Guayaquil, sembradas de cadáveres insepultos dieron la vuelta al mundo.

En el año transcurrido desde entonces Guayaquil ha sido noticia en los medios de comunicación y las redes sociales innumerables veces. Noticia y falsa noticia también. La virulencia del brote se achacó a la indisciplina de los guayaquileños que incumplían las medidas precautorias; a la tasa excesiva de migrantes empleados en el comercio ambulante u otras empresas informales; a la carencia de planeación urbana de la ciudad incapaz de asumir la cobertura universal de servicios básicos, especialmente en barrios suburbanos como El Cisne 2; a lo sucio de la ciudad porque sus habitantes “sacan la basura cuando les da la gana” ^[7] y otras controvertidas explicaciones que llevaron a los habitantes de la ciudad, especialmente a quienes habitan los suburbios de la ciudad a quejarse a través de la prensa y de las redes sociales sobre “la necesidad de ser lo más riguroso posible a la hora de señalar los problemas de la ciudad”^[7], ninguno de los cuales haya probablemente influido de forma determinante en la expansión exponencial del virus durante los primeros meses de la emergencia sanitaria.

En esta misma línea de protesta y resiliencia cuatro docentes de la carrera de enfermería narran con voz sencilla pero rigurosa su personal visión de la pandemia. Cuatro mujeres, cuatro capítulos, cuatro miradas, dos provincias, una ciudad y uno de esos barrios suburbanos —mal llamados suburbios— conforman la estructura de un texto que es, en tres de sus capítulos, una crónica estadística del Guayaquil pandémico,

dantesco, apocalíptico de esos primeros meses de pandemia narrado sin adjetivos amarillistas pero con cifras rigurosas, contrastadas, capaces de producir mayor temor que las historias de terror narradas en la prensa cuando se reflexiona sobre ellas. Es, también, la radiografía de un barrio, El Cisne 2 y, dentro de él, la de una profesión siempre denostada, pero sin la cual ni Guayaquil, ni Ecuador, ni Latinoamérica entera parecen poder subsistir: el comercio ambulante.

Es, su primer capítulo, una mirada escorada hacia el COVID-rural, que se mueve y se muere a un ritmo diferente, más cadencioso quizás, más resignado que el COVID-ciudadino, aunque fuera igualmente letal en la provincia de Santa Elena. Es, finalmente, la historia de una, dos, tres..., un número indeterminado de enfermeras y enfermeros despojados de la heroicidad con que los medios de comunicación y las redes sociales los han disfrazado. No hay héroes en este libro ni historias dramáticas tampoco. Hombres y mujeres cansados ataviados en EPP, sí; rutinas de lucha cotidiana, sí; guerra de guerrillas contra el virus, contra los malos hábitos, contra la inconsecuencia, la irresponsabilidad de quienes mandan y la indisciplina de quienes no se dejan mandar, también.

Podría decirse que las cosas que se cuentan y la forma de contarlas pretende ser una aproximación científica al concepto de intrahistoria que reclamaba Miguel de Unamuno cuando escribía que “los periódicos nada dicen de la vida silenciosa de millones de hombres sin historia que se levantan a una orden del sol y van a sus campos a proseguir la oscura y silenciosa labor cotidiana y eterna.”^[8] A esa labor cotidiana y fatigosa del personal de enfermería que se levanta a una orden del sol, o de la luna, y acude a los hospitales, a los centros de salud, a proseguir la oscura y silenciosa labor cotidiana de enseñar higiene, escuchar sibilancias pulmonares en interminables horas de triaje, rellenar informes y deshacerse en sudor bajo un traje EPP, refiere este libro. Nada glamuroso, todo real.

En el primer capítulo, “Perfil ético del personal de Enfermería” se explora el apego de los profesionales sanitarios a sus valores para optimizar el cuidado de los pacientes con traje COVID-19 pero también el

modo en que dichos valores pueden resentirse en una situación altamente estresante que supera los conocimientos de la enfermera y los modos de afrontamiento de una realidad lenta, calurosa y precaria. Es, en cierto sentido, la aceptación del abandono por quienes, debiendo preocuparse por ellos, no lo hicieron. Lo dice una enfermera: —“porque si fuera como decimos aquí, conociendo como es el Ministerio de Salud Público, no nos iban a dar y no nos dieron”, entonces “tuvimos que simplemente armarnos de valor coger lo que había y ya, y si un paciente se nos moría pues, se fue porque no podíamos hacer más”, porque las cosas suceden como suceden allá por Santa Elena y se hace lo que se puede con lo que se tiene.

Los tres capítulos siguientes relatan a la ciudad de Guayaquil en momentos importantes de vulnerabilidad renunciando a todo efectismo fuera del título. En “Personal de enfermería: estrés y muerte por COVID-19 en Guayaquil” la muerte compleja y dolorosa como es, se retrata en forma de patrones, los que en forma de estrés dibuja el personal de enfermería de alto riesgo en un hospital guayaquileño, los que reformula para escapar de tensión en forma de rezos, de apreciaciones científicas o de medicinas. Cada cabeza es un mundo y levanta barreras contra el COVID-19 como mejor puede. Al igual que en Santa Elena, el personal de enfermería de los hospitales guayaquileños hizo lo que pudo, como mejor pudo, para salvarse a sí mismo.

En el capítulo tercero “Estrategias de autocuidado para el comercio informal de El Cisne 2”, los vendedores ambulantes de “El Cisne 2” comercian pollos y mascarillas sobre el “mall de los suelos” porque con bicho o sin bicho, contaminados o no, los niños tienen que comer y corresponde a sus padres proveer así sea con riesgo de enfermedad por vender abigarrados en la calle sin asomo de medidas precautorias y en medio de una epidemia de dengue: “la gente no sabe de qué mismo se está muriendo, sea de dengue o del virus”. En El Cisne 2, como en la Bahía o en Trinitaria, la gente vive como puede para ver si con suerte —mucho suerte a veces— sobrevive al virus y a los mosquitos.

Finalmente, en el último capítulo, “Incumplimiento de inmunización rutinaria en niños menores de 1 año”, también ubicado en El Cisne 2, a

la vera del estero, se prueba que si bien los bebés del barrio no morirán por COVID-19, que para eso sus madres los aíslan sin asomarlos al sol de la calle, igual y mueren de sarampión, o de rubéola, o de tuberculosis por falta de inmunización de rutina. El riesgo de letalidad en menores de un año por exposición al virus del COVID-19 es prácticamente inexistente; el riesgo de exposición a enfermedades contagiosas prevenibles por inmunización es altísimo cuando la cobertura cae y se elimina el efecto rebaño como escudo de protección. Los 749 menores sin vacunar a causa del temor inspirado por la pandemia, se unen al resto de los casi 17 millones expuestos a muerte por sarampión que ha contabilizado la OMS.

Rutinas cotidianas narradas desde la cotidianeidad misma, expresadas en gráficas, gráficos, fotografías y tabulaciones. En llanto y temor también; mucho temor en estos cuatro casos que, en el fondo, son uno y el mismo, como afirmaba el gran poeta argentino Jorge Luis Borges:

Un solo hombre ha nacido, un solo hombre ha muerto en la tierra. Afirmar lo contrario es mera estadística, es una adición imposible. No menos imposible que sumar el olor de la lluvia y el sueño que anoche soñaste.^[9]

Así, tal y como iniciaban estas páginas: Murió una mujer en Guayaquil y lo demás fue estadística.

Ph.D Arturo Morales Castro

Profesor e Investigador de la Universidad Nacional Autónoma de México

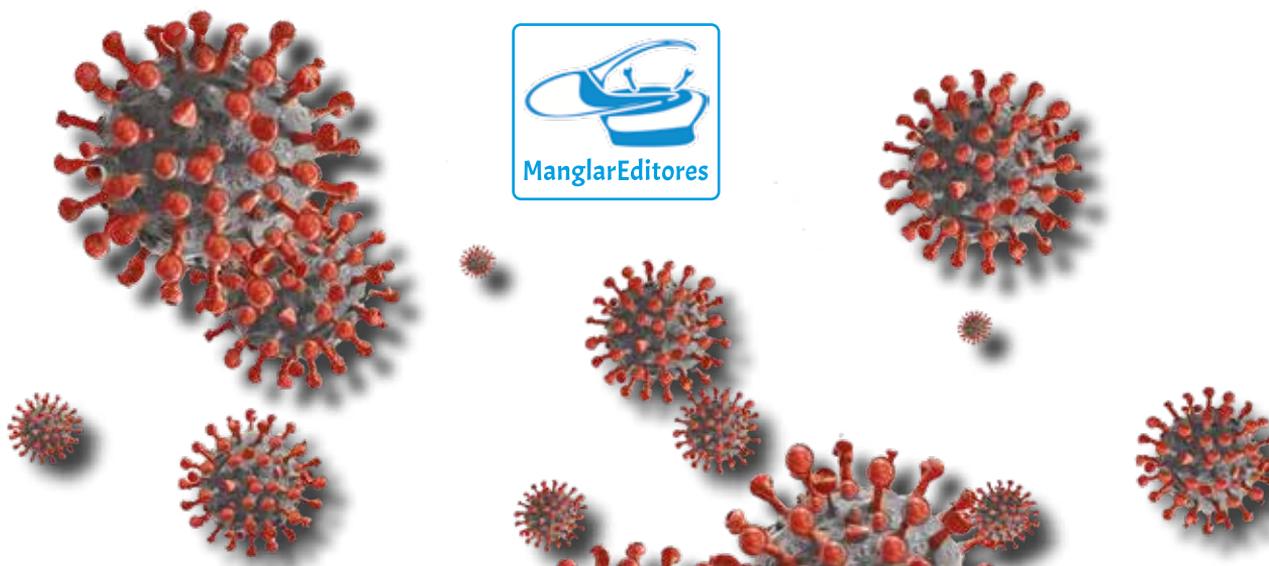
COVID-19 y la Crisis Sanitaria en Ecuador

Escenarios & Perspectivas

Alicia Donoso Triviño | Maira Cujilán Alvarado
| Ketty Sánchez Vera | Lina Calderón Intriago

Revisión Técnica

Esp. Pamela Sánchez Martínez
Dr. Gabino García Tapia
Mg. Orlando Hernández Arteaga



Índice

Capítulo 1

Perfil Ético del Personal de Enfermería

Perfil Ético del Personal de Enfermería.....	25
Centro de Salud Chanduy (Santa Elena)	25
Ética, moral, valores y enfermería	26
Teorías éticas aplicables en enfermería para tiempos de pandemia ..	29
La enfermería como ejercicio del bien. Ética socrática.....	29
La enfermería como tránsito de la teoría a la praxis. Ética de Benner	30
La enfermería como emoción. Bioética de Husted y Husted	33
Código de ética de enfermería en Ecuador.....	37
Incertidumbre, hambruna, escasez monetaria y muerte en la Parroquia de Chanduy	39
Centro de Salud Chanduy. Perfil ético del personal de enfermería	43
Ítem 1. Interés por satisfacer las necesidades del paciente.....	45
Ítem 2. Actuación en la atención del paciente	47
Ítem 3. Responsabilidad en medidas de bioseguridad.....	51
Ítem 4. Trato justo	54
Ítem 5. Cuidado de pacientes con covid-19	58
Ítem 6. Ética y atención al paciente de covid-19.....	61
Perfil ético del personal de enfermería del Centro de Salud Chanduy	63
Conclusión	69
Referencias	70

Capítulo 2

Personal de Enfermería: Estrés y Muerte por Covid-19 en Guayaquil

Personal de Enfermería: Estrés y Muerte por covid-19 en Guayaquil	77
Caminábamos sonámbulas, creo que todas llorábamos.....	77
Salud mental vs covid-19 en el personal sanitario.....	79
Estrés vs personal de enfermería.....	83
Estrés laboral en el personal de enfermería de alto riesgo.....	85
Sobrevivir al estrés. Modelo de adaptación de Callista Roy	87
Letalidad y llanto en Guayaquil: “Estamos llenos de muertos”	91
Impacto de la muerte en el personal de enfermería ante pacientes con covid-19	95
Presencia de estresores	95
Fases del estrés.....	98
Daño moral	100
Impacto de la muerte.....	102
Aplicación del modelo de Roy.....	105
Comentarios finales	107
Referencias	108

Capítulo 3

Estrategias de autocuidado para el comercio informal de El Cisne 2

Estrategias de autocuidado para el comercio informal de El Cisne 2.....	115
O nos morimos de coronavirus o nos morimos de hambre... ..	115
El autocuidado como nivel cero de atención a la salud	118
Estrategias de bioseguridad en el comercio informal	122

Aplicación de medidas de bioseguridad en el comercio informal de El Cisne II.....	125
Dimensión 1: Cumplimiento de medidas precautorias.....	128
Dimensión 2: Cumplimiento de medidas de bioseguridad	130
Dimensión 3: Ejercicio de conductas de autocuidado.....	133
Dimensión 4: Rol de la enfermería y el centro de salud	136
Comentarios finales	138
Referencias	139

Capítulo 4

Incumplimiento de inmunización rutinaria en niños menores de 1 año

Incumplimiento de inmunización rutinaria en niños menores de 1 año.....	147
Salva a uno, mueren cien	147
Inmunización en Ecuador	149
Inmunización recortada por desabasto.....	152
Inmunización en menores de un año.....	155
Tasa de deserción en el proceso de inmunización de niños menores de un año	158
Impacto del covid-19 en la tasa de deserción de inmunización en menores de 1 año	162
Causas de deserción en de inmunización en el Cisne II, Guayaquil.	165
Pregunta 1: Atención en el centro de salud Cisne II.....	169
Pregunta 2: Precauciones al vacunar	171
Pregunta 3: Menores para vacunar.....	173
Pregunta 4: Accesibilidad del centro de salud	174

Pregunta 5: Cuidador primario del menor a vacunar.....	175
Pregunta 6: Campaña de vacunación.....	176
Pregunta 7: Información sobre status de vacunación de menores.....	179
Pregunta 8: Grupo etario de los menores.....	181
Pregunta 9: Impedimentos para acceder a la vacuna.....	182
Pregunta 10: Conocimiento de los beneficios de la vacunación....	184
Consideraciones Finales.....	185
Referencias	187

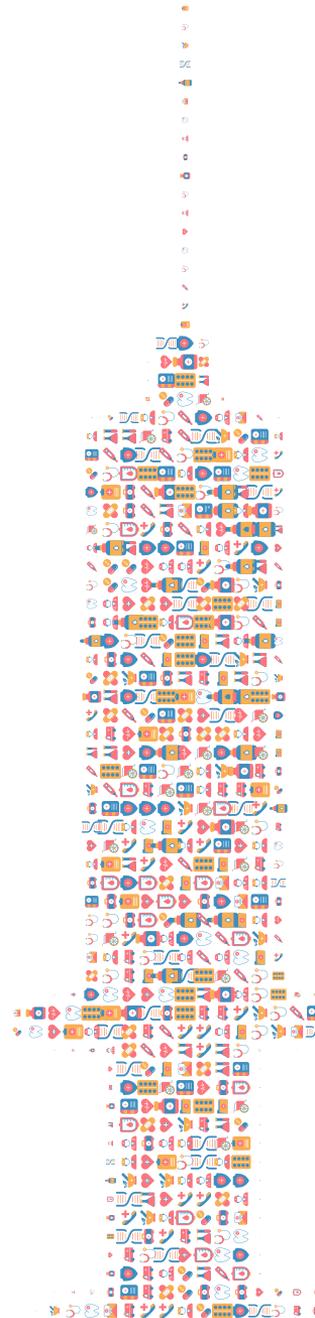
Capítulo 5

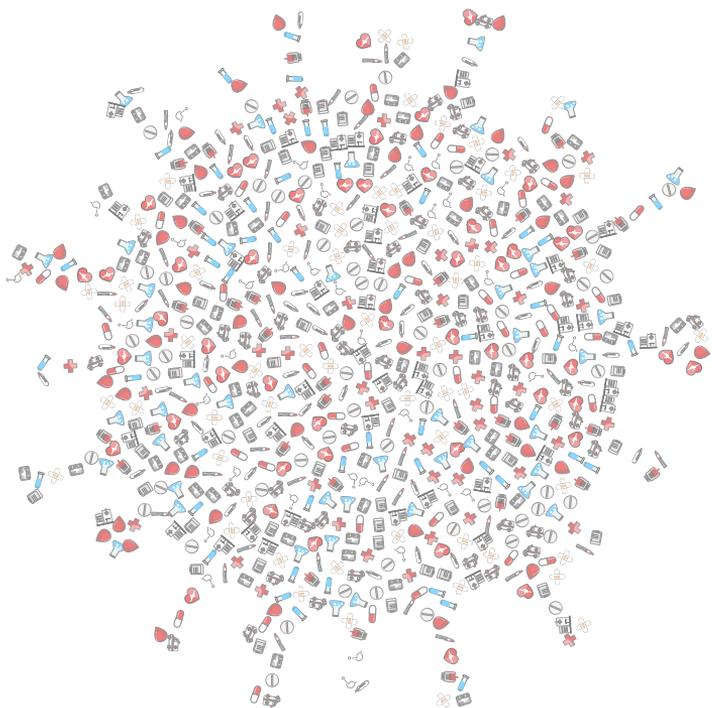
Notas finales sobre el rol del personal de Enfermería durante la Emergencia Sanitaria

Notas finales sobre el rol del personal de Enfermería durante la Emergencia Sanitaria.....	195
--	-----

1

Perfil Ético del Personal de Enfermería





1

Perfil Ético del Personal de Enfermería

Centro de Salud Chanduy (Santa Elena)

Todo acto humano se liga inexorablemente a la ética. En el caso del personal de enfermería, la ética remite a la toma de decisiones sensibles sobre la salud del paciente de cuyo cuidado se encargan. Lo anterior es especialmente relevante en situaciones de emergencia, donde la formación ético-humanista de enfermeros y enfermeras debe equilibrarse con el conocimiento científico y la experiencia adquirida durante su trayectoria profesional^[1].

El ejercicio de la enfermería aúna la racionalidad técnica de la dimensión médica con el espíritu de servicio —derivado de la dimensión humanística— que privilegia el interés y la salud del paciente sobre cualquier otro, la comprensión del enfermo como persona que es cuidada por otra persona durante los procesos de vida/muerte y salud/enfermedad.

Es, en el contexto de dicha relación, que la dimensión ética de la enfermería adquiere toda su amplitud en términos de respeto hacia el otro y de autorrealización y autonomía profesional^[2]. En este escenario, el análisis del perfil ético del personal de enfermería del Centro de Salud

Chanduy, explora el apego de los profesionales sanitarios a sus valores para optimizar el cuidado de los pacientes con covid-19, pero también el modo en que dichos valores pueden resentirse en una situación altamente estresante que supera los conocimientos de la enfermera y los modos de afrontamiento de la realidad.

Ética, moral, valores y enfermería

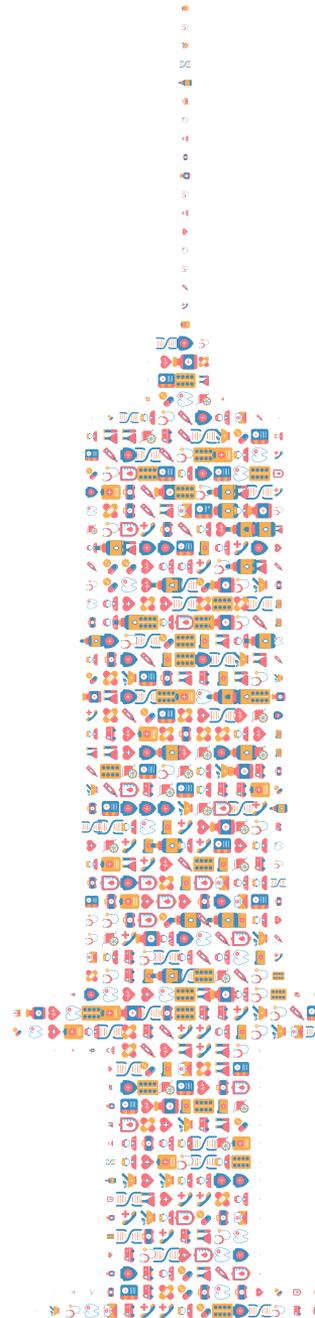
La formación del profesional de enfermería integra los conocimientos, habilidades y atributos necesarios para la óptima atención del cuidado de la salud de sus pacientes bajo criterios técnicos, científicos, humanísticos y éticos vinculados a la calidad médica, la calidez humana y el servicio a la sociedad, representada en todos y cada uno de los enfermos atendidos con dignidad, justicia, igualdad^[3] y estricto apego a los protocolos legales y sanitarios que para cada caso particular se requieran.

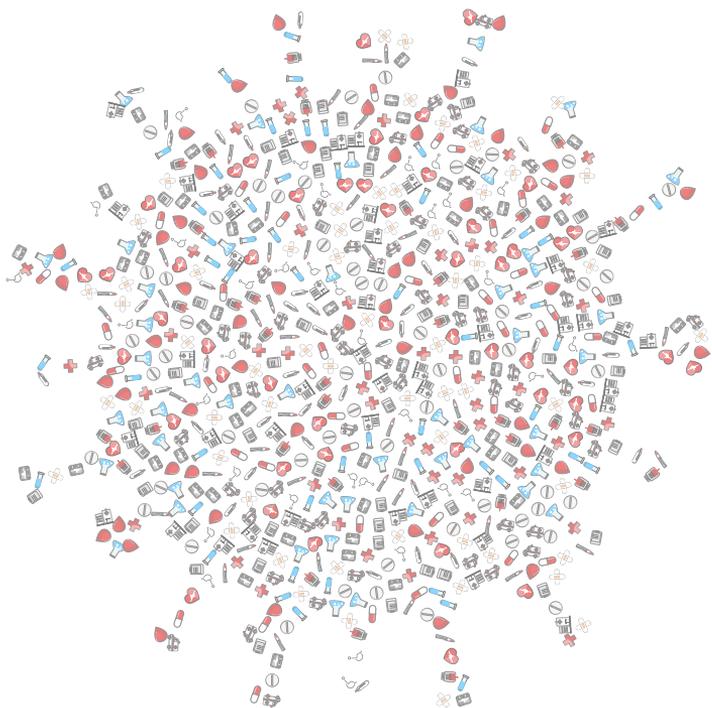
Así, el ejercicio de la enfermería implica un compromiso profundo en cuanto a la observación y aplicación de normas, regulaciones y mejores prácticas internacionales que orientan la labor asistencial al regular la conducta, las acciones, las decisiones, los juicios y los deberes de atención en un marco de respeto hacia el paciente, la institución, el resto del personal de salud y la misma profesión de la enfermería^[4]. Un escenario asistencial en el que la ética profesional juega un papel sustantivo.

Al respecto, la Comisión Interinstitucional de Enfermería^[5] define la ética como la aplicación de la razón a la conducta a través de procesos individuales de reflexión y juicio que faciliten al profesional de enfermería la toma libre y voluntaria de decisiones en un marco que priorice el bien universal, es decir, las necesidades del paciente sobre sus propios intereses. Así entendida, la ética profesional de enfermería remite al proceso reflexivo que permite a la enfermera modificar la integridad y la libertad del cumplimiento de sus acciones para orientarlas hacia la calidad y la humanización de los procesos asistenciales de modo acorde a las circunstancias específicas a las que se enfrente. Sensibilidad ética que deberá ir íntimamente ligada a la capacidad de razonamiento moral de la enfermera, especialmente en materia de toma de decisiones.

2

Personal de Enfermería: Estrés y Muerte por Covid-19 en Guayaquil





2

Personal de Enfermería: Estrés y Muerte por covid-19 en Guayaquil

Caminábamos sonámbulas, creo que todas llorábamos...

Entre marzo y abril de 2020 la ciudad de Guayaquil sufrió un brote especialmente virulento de covid-19.

Fue apocalíptico. Todas las clínicas y todos los hospitales de Guayaquil estaban al tope de su capacidad. Era un desfile de pacientes que iban de clínica en hospital buscando donde poderse atender. Y muchos murieron en su casa. Debido a la falta de test durante la primera ola, no se sabe exactamente cuántas personas fallecieron de COVID-19. Pero durante el peor momento de la pandemia, la mortalidad en la región de Guayas pasó de 3000 a 16.000 personas. Guayaquil vivió escenas trágicas: cadáveres apilados en las calles y en contenedores y sin respetar protocolos de identificación ^[1].

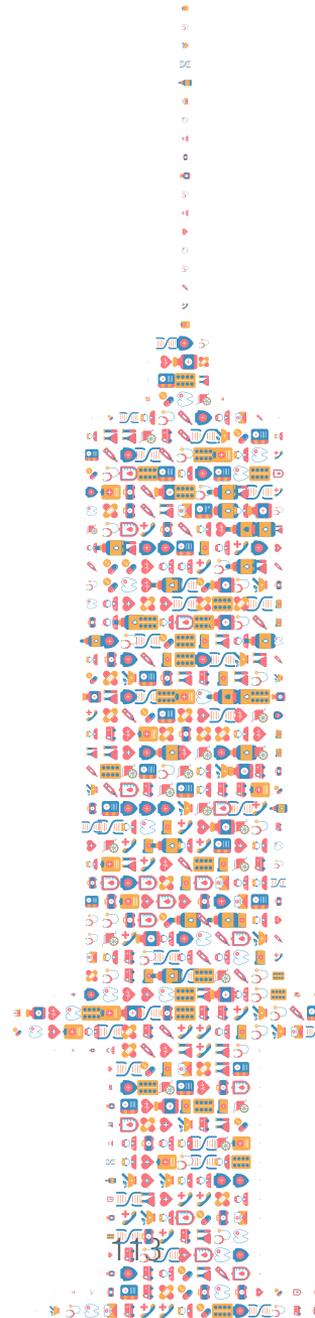
Aun trabajando hasta la extenuación el personal de salud fue incapaz de contener la pandemia con las consiguientes repercusiones en su salud física y mental derivadas del crecimiento exponencial del número de casos atendidos, la sobrecarga de trabajo, la escasez de equipo de bioseguridad, la falta de tratamientos específicos o el temor al contagio, entre otros hechos

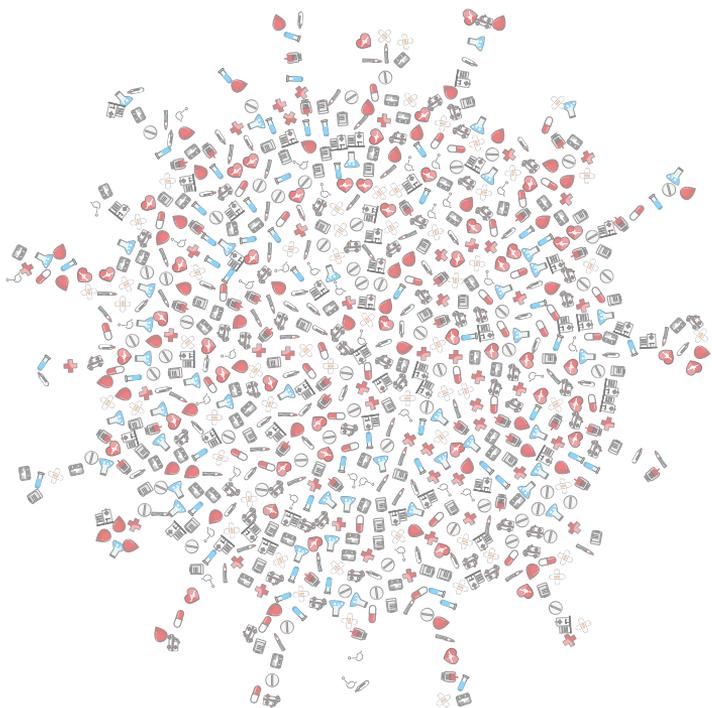
que dificultaron el acceso del personal médico-sanitario a mecanismos de defensa que permitieran establecer algún tipo de equilibrio entre sus necesidades físico-emocionales y las de los pacientes ^[2].

En este escenario, el presente trabajo analiza el patrón de adaptación y tolerancia al estrés ante la muerte de pacientes por covid-19 del personal de enfermería que laboró al inicio de la pandemia en el Hospital de Infectología Doctor José Daniel Rodríguez Maridueña, ubicado en Guayaquil.

3

Estrategias de autocuidado para el comercio informal de El Cisne 2





3

Estrategias de autocuidado para el comercio informal de El Cisne 2

O nos morimos de coronavirus o nos morimos de hambre...

En Ecuador, al igual que en el resto de las economías latinoamericanas, el sector informal impacta de forma importante en la estructura del empleo, los niveles de ingreso ^[1] y, en general sobre el estado de bienestar de la población. Para la Organización Internacional del Trabajo la economía informal remite a todas aquellas actividades económicas que legalmente o en la práctica de su ejercicio no son objeto de la cobertura de regímenes normalizados, por lo que se generan y actúan al margen de la ley^[2]. La economía informal conforma entonces un universo económico paralelo popularmente conocido como economía sumergida, economía ilegal o economía negra; cuando las actividades refieren al comercio informal, remiten al ambulante.

De acuerdo al INEC (2013)^[3] el número de personas dedicadas al comercio ambulante en la Ciudad de Guayaquil es de 517.667, cifra que representa el 46,38% de la población económicamente activa de la urbe, en su mayoría dedicados a la venta de alimentos y bebidas, ropa y alimentos preparados. La mayor parte de los comerciantes ambulantes, originarios del interior del país, habitan en los suburbios de la ciudad, verdaderos

focos de miseria, pobreza, desempleo y migración interna, factores que impactan directamente en el comercio informal. Como es habitual en la región latinoamericana, los vendedores ambulantes guayaquileños se encuentran en situación de vulnerabilidad, carentes de protección social, con bajos niveles educativos, sin acceso a servicios básicos ni a créditos, con ingresos frecuentemente inferiores al salario mínimo y, en general, sobreviviendo en condiciones de pobreza o pobreza extrema ^[3], un número importante de los cuales vive y trabaja en el barrio suburbano del El Cisne 2.

Ubicado en la Parroquia de Febres Cordero, a orillas del Estero Salado, al suroeste de Guayaquil, El Cisne 2 es un crisol multicultural y multiétnico, densamente poblado¹ con migrantes originarios de todo el país, en su mayoría comerciantes independientes dueños de pequeños negocios familiares y comerciantes ambulantes de bajos ingresos. Buena parte de estos último se concentra en el mercado de San Vicente de Paul y avenidas aledañas —Alejo Lascano, Gómez Rendón, Machala o Quito, entre otras—. Al igual que sucede en la mayor parte de los barrios marginales de la Ciudad, la cobertura de salud en El Cisne 2 es precaria y la comunidad no asegurada —de la que habitualmente forman parte los vendedores ambulantes— debe acudir a centros sanitarios privados o de beneficencia eclesiástica para atender sus necesidades de salud ^[4,5,6,7], mientras los asegurados se tratan en el Centro de Salud Tipo C El Cisne 2.

El Centro de Salud El Cisne 2 (ver figura 25) es un centro de atención Tipo C que atiende a 46,450 beneficiarios directos ^[8], aproximadamente la mitad de la población del barrio², a la que ofrece servicios de medicina ancestral, homeopatía, calificación de discapacidades, medicina familiar, medicina comunitaria, medicina general en consulta externa, odontología, salud mental —itinerante—, obstetricia, ginecología, pediatría, nutrición, laboratorio, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje y estimulación temprana ^[8]. Durante el estado de emergencia por covid-19,

4. Las cifras totales de población varían significativamente en función de las fuentes, y dado que todos los autores consultados refieren a fuentes oficiales se optado por omitirlas.

5. Cálculo aproximado en función de las cifras totales de población citadas por los autores consultados.

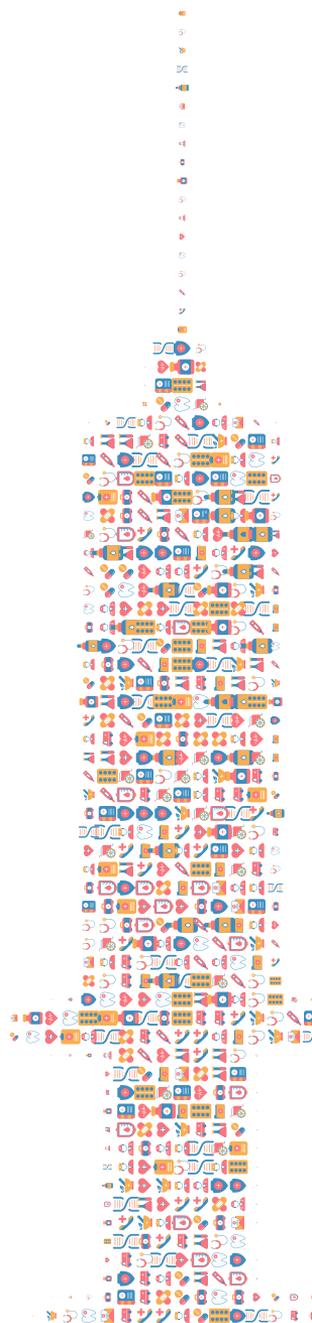
fue uno de los centros autorizados por el gobierno para efectuar pruebas PCR a casos sospechosos de coronavirus^[9], ofreciendo así mismo medicina preventiva en materia de autocuidado en un intento de mitigar las cifras de morbilidad asociadas al virus, cuyos primeros casos documentados aparecieron en el barrio el 6 de abril de 2020^[10].

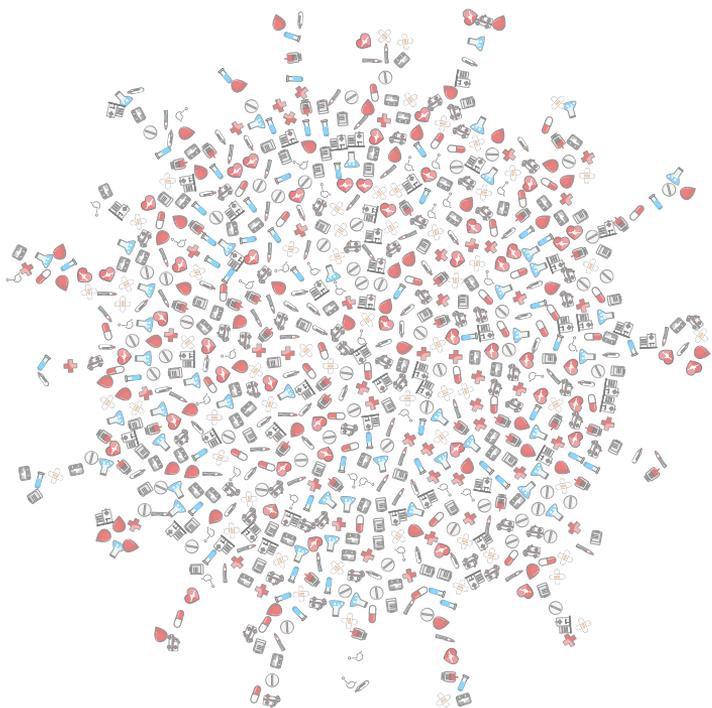


Figura 25. Información sobre medidas preventivas contra covid-19. Sala de espera del Centro de Salud El Cisne 2^[11].

4

Incumplimiento de inmunización rutinaria en niños menores de 1 año





4

Incumplimiento de inmunización rutinaria en niños menores de 1 año

Salva a uno, mueren cien

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la relevancia de las vacunas como una de las herramientas de salud pública más costoeficientes y exitosas en términos de inmunización, prevención y control de enfermedades infectocontagiosas. La aplicación de vacunas evita entre dos y tres millones de muertes anuales e innumerables anomalías congénitas y discapacidades permanentes.

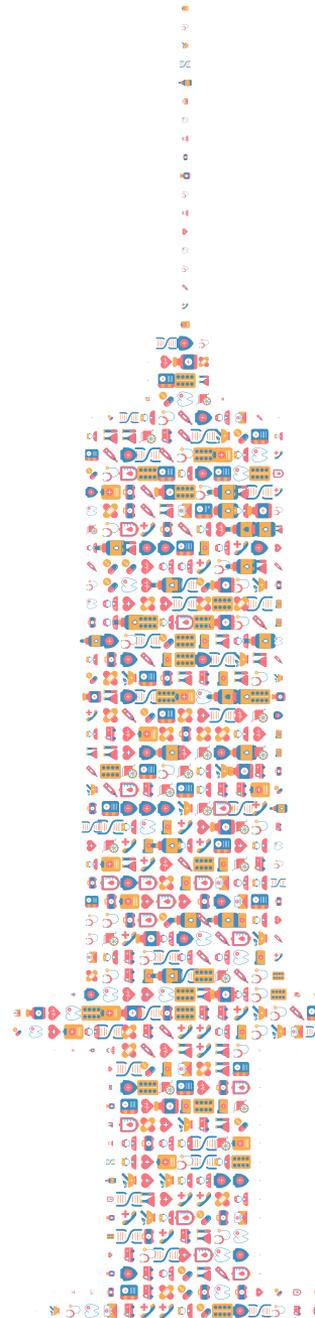
Para la OMS, el acceso a la inmunización es medular para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la ampliación de su cobertura se traduce, además de en beneficios sanitarios, en progreso educativo y desarrollo económico ^[1,2]. El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ha sido líder global en la eliminación de numerosas enfermedades desde 1974^[3]. Un proceso, el de inmunización, en el que el personal de enfermería ha ejercido un papel central “debido al contacto directo que llevamos con las personas, por ende, sabemos brindar esa confianza y seguridad de una buena administración en este caso de las vacunas hacia los padres o cuidadores de los niños” ^[4].

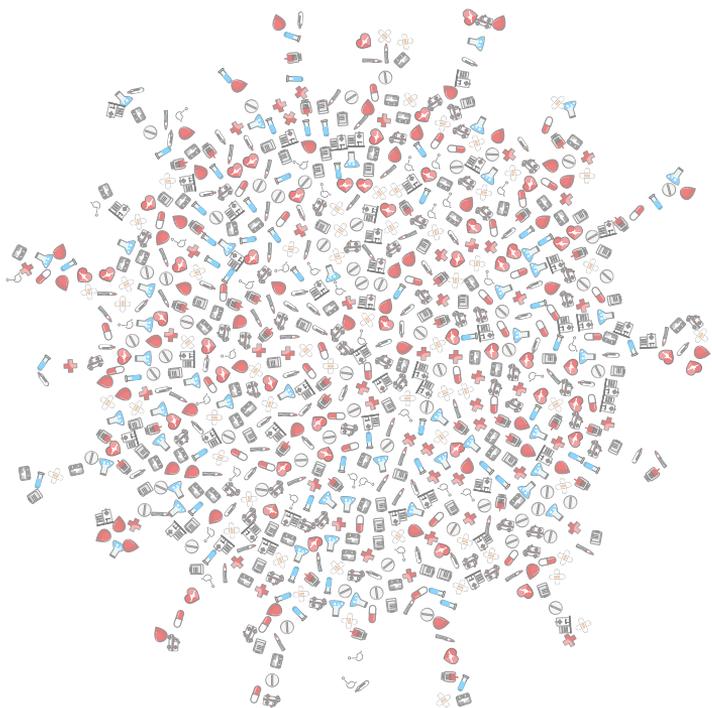
En 1977 mediante la Resolución CD25.R27^[5], el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), impulsa la implementación del PAI en la región latinoamericana y establece esquemas de inmunización y vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación como una estrategia fundamental de salud pública.

La OPS evalúa los programas nacionales de inmunización como un instrumento de cooperación técnica de monitoreo y evaluación del grado de desarrollo y capacidad técnica en la implementación del PAI mediante un documento que incluye instrumentos específicos para evaluar la introducción de nuevas vacunas y la calidad de los datos de inmunización ^[6].

5

Notas finales sobre el rol del personal de Enfermería durante la Emergencia Sanitaria





5

Notas finales sobre el rol del personal de Enfermería durante la Emergencia Sanitaria

La pandemia de COVID-19 llegó a Guayaquil en marzo de 2020 importada de España y golpeó a la ciudad con fuerza tan inusitada que la convirtió en un escenario dantesco, digno de la mejor literatura postapocalíptica. Uno de esos casos en los que la realidad supera por mucho a la ficción, para los que ninguna ciudad, ningún gobierno, ninguna población está preparada porque son simplemente inimaginables.

La ciudad colapsó sobre los cadáveres apilados en las calles. Una a una, se visibilizaron sus carencias del peor modo posible: falta de capacidad de vigilancia en salud pública, de epidemiología de campo, de capacidad diagnóstica, de unidades de cuidado intensivo, de canales de comunicación fluido con un gobierno central sordo a sus desesperados gritos de ayuda, de claridad en el manejo intersectorial y efectos colaterales de la pandemia, de escucha de las comunidades marginales que vivieron, a su modo y cuidado lo devastador de sus efectos.

Guayaquil se moría y moría acompañada por las primeras planas de los periódicos del mundo, por los encabezados de los noticieros internacionales, por el horror de las redes sociales prolíficas en imágenes

tan tristes como terroríficas. Moría, también, aislada del gobierno nacional que no supo, o no quiso, apoyar en debida forma la debacle de salud que asolaba la ciudad.

A medida que la pandemia avanzaba la ciudad pareció dividirse en dos: el centro y los suburbios, los barrios marginales de alta vulnerabilidad que implementaron estrategias propias que giraban en torno a la flexibilización de las medidas de aislamiento para poder mantener cierta estabilidad económica dentro de los escenarios de pobreza extrema que caracterizan a estos segmentos poblacionales.

Los casos se incrementaron y se agravaron por la desconfianza histórica de la población en un sistema de salud desigual con capacidad diagnóstica limitada y asimétrica, carente de insumos para salvaguardar la salud de la población y la del propio personal de salud porque, entre otras causas, el gobierno ecuatoriano priorizó el pago de la deuda externa y el gasto en compras de nuevo armamento para las fuerzas militares en previsión de que se desatasen posibles focos de inestabilidad social.

Guayaquil se transformó, de este modo, en un ejemplo vivo, en evidencia notoria de la teoría económico-social que señala que para las personas de entornos vulnerables o marginados, los sistemas educativos, los mercados laborales y los entornos laborales a menudo perpetúan los sistemas de opresión, poder y privilegio, lo que hace que experimenten marginación y discriminación dentro de estos sistemas y obtengan peores resultados educativos y vocacionales.

Los tiempos de crisis refuerzan las disparidades porque los recursos son limitados y el miedo supera la racionalidad de las personas. El mismo patrón que este texto describe cuando refiere a los vendedores ambulantes de El Cisne II, a los pescadores y campesinos de Chanduy.

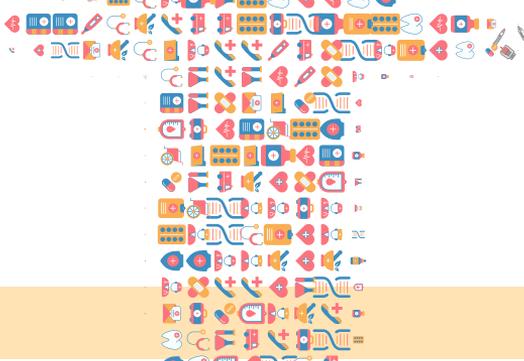
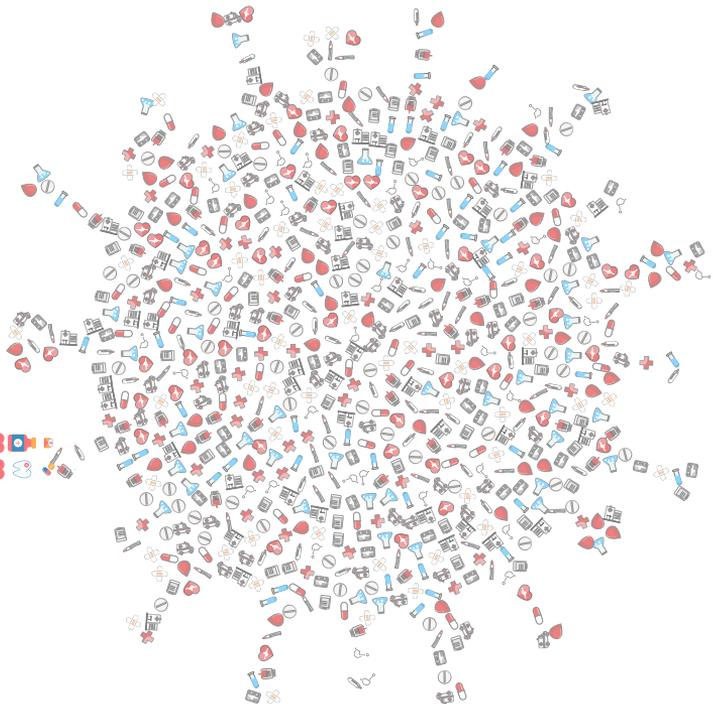
En tal escenario, el texto que aquí concluye no pretende ofrecer una visión integral de la pandemia en Guayaquil ni en las zonas rurales de Ecuador, de las que Chanduy es un claro ejemplo. Es, más bien, la recopilación de la enfermedad a pie de calle desde la mirada del personal

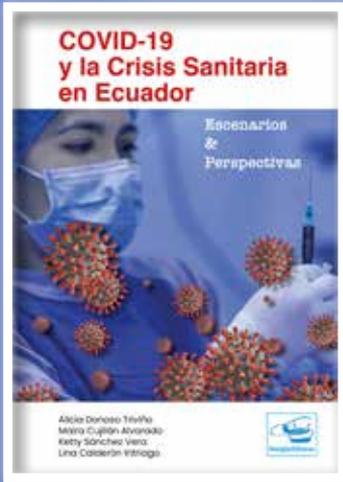
de enfermería que trabaja en la primera línea de emergencia. Desde esta perspectiva el texto ha intentado poner de relieve las fracturas de la prestación de servicios de salud en Ecuador y el modo en que afectan al personal de enfermería, abrumado ante la escasez de pruebas, la falta de rastreo de contactos de exposición, la carencia de equipo de protección personal y, en general, de lo inadecuado de la respuesta de salud pública a la crisis.

El texto evidencia que el personal de enfermería aún cuando está bien preparado para tomar decisiones sobre la salud de la población, abordar los impulsores sociales y proporcionar liderazgo en crisis de salud como la pandemia por COVID-19, también se ve gravemente afectada anímica y físicamente por su impacto. Situado en la intersección de la experiencia médica y social, el personal de enfermería brinda servicios integrales, centrados en el paciente y la comunidad para promover una atención asequible de alta calidad. Ha cuidado, prevenido, educado para frenar la propagación de la enfermedad y, sentido en más ocasiones de las que serían deseables que todo su esfuerzo fue insuficiente, que algo debe de cambiar en la profesión para que si una situación similar se diese a futuro la forma de tratarla sea diferente tanto para el paciente como para el propio personal de enfermería que, a partir de la emergencia sanitaria se ha convertido en un vector importante de la salud pública. Una función de suma importancia en tanto que como se demuestra en el texto han sido las enfermeras y enfermeros quienes se encargaron de abordar las consecuencias para la salud social derivadas de la pandemia.

La pandemia ha puesto de relieve la necesidad de abordar las necesidades de salud a nivel de la población, tomar decisiones oportunas y basadas en pruebas, y brindar una voz unificada en la educación del público, roles que el personal de enfermería ha ejercido desde tiempos casi inmemoriales, de manera particular en entornos comunitarios como el caso de Chanduy descrito en el texto, donde además de atender problemáticas de salud conectan a las personas con los servicios sociales, coordinan la atención y sirven como el primer punto con el sistema sanitario para pacientes y familias.

En síntesis, la emergencia sanitaria por Covid-19 expuso como nunca antes las fracturas del sistema de salud ecuatoriano y su falta de respuesta eficaz y coordinada ante una crisis inesperada de dimensiones nunca antes vistas. La perspectiva del personal de enfermería fue un elemento extremadamente valioso en la gestión de la pandemia, la mitigación de las desigualdades en la salud, el tratamiento de los impulsores sociales de la salud y el diseño de modelos de atención innovadores y centrados en el paciente. Estas capacidades son fundamentales, ahora más que nunca, para reformular el sistema nacional de salud desde la equidad, la inclusión y el bienestar del paciente.





www.ManglarEditores.com

ISBN: 978-9978-11-048-5



9 789978 110485

Muere una mujer en Guayaquil y lo demás fue estadística

El 14 de febrero de 2020 arribaba al aeropuerto de Guayaquil una mujer de 71 años procedente de Torrejón de Ardoz (España), el 22 de febrero fue internada en un hospital de Babahoyo con complicaciones respiratorias. El 25 de febrero, a instancias del personal médico, las autoridades de salud le efectuaron la prueba de COVID-19 y el 26, con el diagnóstico confirmado, se la trasladó, intubada, al Hospital Guasmo Sur, en Guayaquil, que inauguró con ella la UCI-COVID-19.

Hoy, cuatro docentes de la carrera de enfermería narran con voz sencilla pero rigurosa su personal visión de la pandemia. Cuatro mujeres, cuatro capítulos, cuatro miradas, dos provincias, una ciudad y uno de esos barrios suburbanos —mal llamados suburbios— conforman la estructura de un texto que es, en tres de sus capítulos, una crónica estadística del Guayaquil pandémico, dantesco, apocalíptico de esos primeros meses de pandemia narrado sin adjetivos amarillistas pero con cifras rigurosas, contrastadas, capaces de producir mayor temor que las historias de terror narradas en la prensa cuando se reflexiona sobre ellas. Es, también, la radiografía de un barrio, El Cisne 2 y, dentro de él, la de una profesión siempre denostada, pero sin la cual ni Guayaquil, ni Ecuador, ni Latinoamérica entera parecen poder subsistir: el comercio ambulante.

Rutinas cotidianas narradas desde la cotidianidad misma, expresadas en gráficas, gráficos, fotografías y tabulaciones. En llanto y temor también; mucho temor en estos cuatro casos que, en el fondo, son uno y el mismo.

Ph.D Arturo Morales Castro

Profesor e Investigador de la Universidad Nacional Autónoma de México.