

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

**El rol del espacio en el acceso a la información sobre las medidas
contra el COVID-19 en tres barrios del Distrito Metropolitano de
Quito**

Un análisis de dos períodos puntuales desde la determinación social

Doménica Nathaly Cevallos Robalino

Tutora: Giannina Elizabeth Zamora Acosta

Quito, 2023

Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional

  	Reconocimiento de créditos de la obra No comercial Sin obras derivadas	 creative commons
---	---	---

Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia

Cláusula de cesión de derecho de publicación

Yo, Doménica Nathaly Cevallos Robalino, autora del trabajo intitulado “El rol del espacio en el acceso a la información sobre las medidas contra el COVID-19 en tres barrios del Distrito Metropolitano de Quito. Un análisis de dos períodos puntuales desde la determinación social”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Epidemiología y Salud Colectiva en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

11 de julio de 2023



Firma: _____

Resumen

El Distrito Metropolitano de Quito es una ciudad segregada espacialmente, que constituye un espacio donde se observa diferencias geográficas y sociales en la distribución socio espacial de los diferentes barrios que lo conforman. A través de un análisis geo histórico, este estudio presenta la evolución de la urbanización de la ciudad, que incluyó procesos de migración, desplazamientos y, sobre todo, segregación entre parroquias dependiendo de su valor económico y de la población, estableciendo condiciones de consumo que, en su relación dialéctica con las condiciones de trabajo, determinan el nivel de vida y por lo tanto de su perfil de salud –enfermedad y los procesos que conllevan.

En el marco de la dialéctica socio- espacial, justicia espacial, el derecho a la ciudad y a la información son ejes vitales en una estructura de acceso a la información, por tanto, a en un mundo complejo, desbordado de tecnología, donde justamente, la información constituye un insumo fundamental para la toma de decisiones y formulación de políticas, son vitales las acciones que promuevan el acceso a la información, desde la geografía crítica.

En la pandemia del Covid-19, la información fue tratada desde la visión del contagionismo y no se consideraron las particularidades del territorio donde se expresan niveles socioeconómicos diferenciados, accesos a información, a tecnología, manejo o disponibilidad de redes sociales, etc. Mirando este vacío de investigación se ha propuesto el presente estudio desde una perspectiva crítica, desde un enfoque territorial conocer el rol del espacio en el acceso de información sobre las medidas de prevención y/o cuidado frente al Covid-19 desde una visión espacial a través del estudio en tres barrios de Quito.

Palabras clave: territorio, espacio, justicia espacial, COVID-19, medidas

A Dios, por permitirme culminar este trabajo como parte de una meta académica importante en mi vida.

A mi hijo, Samuel, por ser mi motivación más grande.

A mis padres y mi hermana por su apoyo en el proceso de realización de este trabajo y siempre.

A mi directora de tesis, Giannina, por su apoyo incondicional y su motivación para finalizar este estudio.

A mis mentores Francisco, Belén y Fadya por su apoyo

A los estudiantes de la Universidad Central del Ecuador, que aportaron con su tiempo y esfuerzo para la recolección de datos.

A mis amigos y amigas Rocío, Sofía, Freddy, Ángel, Silvia, Santiago, Felipe y Eddy porque cada uno me brindó su apoyo para llevar a cabo este trabajo, por ayudarme a no rendirme.

Tabla de contenidos

Figuras y tablas	11
Introducción	17
Capítulo primero	21
El problema de investigación.....	21
Capítulo segundo Marco teórico.....	29
1. Perspectivas críticas de abordaje	29
1.1. Geografía crítica	29
1. 2. Espacio y territorio	30
1. 3 (In)justicia socioespacial	31
1.4 Epidemiología crítica	31
1.4.1. Determinación social de la salud.....	31
1.4.2. El derecho a la ciudad	32
1.4.3. El derecho a la información-comunicación.....	34
Capítulo tercero Estrategia metodológica.....	37
1. Diseño y tipo de estudio	37
2. Universo y muestra.....	38
3. Selección de la muestra	40
4. Recolección de la información y aplicación de instrumentos	40
5. Aspectos bioéticos	41
Capítulo cuarto Geohistoria y segregación socioespacial.....	43
1. Zona de estudio	43
2. Estructura geohistórica del Distrito Metropolitano	43
2.1. Distribución social.....	44
2.2. El valor económico.....	45
2.3. Evolución geohistórica y reproducción social.....	45
3. Niveles socioeconómicos en la ciudad de Quito	50
4. Segregación espacial o injusticia socioespacial	51
Capítulo quinto Caracterización del espacio y del acceso a la información.....	53
Resultados	53

1. Caracterización de los barrios encuestados	53
2. Redes de solidaridad de los tres barrios en estudio	60
3. Medio a través del cual obtuvo información sobre medidas contra COVID-19	65
4. Frecuencia de uso de medios de comunicación y redes	67
5. Utilidad de la información recibida.....	75
6. Recepción de noticias falsas.....	82
7. Información recibida sobre medidas contra COVID-19	89
8. Discusión	97
Capítulo sexto	105
Rol del espacio en la determinación social del acceso a la información	105
1. Dominio general	105
2. Dominio particular	107
2.1. Acceso diferenciado a educación y salud.....	109
Conclusiones.....	115
Lista de referencias	119
Anexos	125

Figuras y tablas

Figura 1. Nube de palabras más repetidas en las noticias falsas.	19
Figura 2 Medidas de salud pública tomadas durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador.....	23
Figura 3. Mapa del Distrito Metropolitano de Quito 2022.....	43
Figura 4. El crecimiento urbano en el DMQ.	46
Figura 5. Crecimiento geohistórico de Quito.	47
Figura 6. Centralidades Plan Jones Odriozola 1942.....	47
Figura 7. Plan Director de Urbanismo 1967.....	48
Figura 8. Plan Director de Urbanismo 1973.....	48
Figura 9. Plan de Desarrollo territorial 2000-2020.	49
Figura 10. Población económicamente activa vs Empleo.	49
Figura 11. Niveles socioeconómicos en el Distrito Metropolitano de Quito.	51
Figura 12. Número de personas que viven en casa de acuerdo al nivel socioeconómico.	55
Figura 13. Nivel de estudios de acuerdo al nivel socioeconómico.....	55
Figura 14. Ocupación por nivel socioeconómico y acceso a internet por grupo de ocupación.....	56
Figura 15. Tipo de familia según nivel socioeconómico.....	56
Figura 16. Afiliación a seguro según nivel socioeconómico.....	57
Figura 17. Tipo de seguro según nivel socioeconómico.	57
Figura 18. Acceso a internet según nivel socioeconómico.....	57
Figura 19. Frecuencia de uso de internet según nivel socioeconómico.....	58
Figura 20. Uso de televisión según nivel socioeconómico.....	58
Figura 21. Uso de celular según nivel socioeconómico.	59
Figura 22. Miembros de la familia registrados en una red social según nivel socioeconómico.	59
Figura 23. Redes sociales por familia según nivel socioeconómico.	60
Figura 24. Percepción del barrio según nivel socioeconómico.	62
Figura 25. Percepción de la seguridad del barrio según nivel socioeconómico.	62
Figura 26. Identidad con su barrio según nivel socioeconómico.	63

Figura 27. Cohesión social. (Mingas) según nivel socioeconómico.	63
Figura 28. Cohesión social (participación) según nivel socioeconómico.	64
Figura 29. Cohesión social (solidaridad) según nivel socioeconómico.....	64
Figura 30. Pertenencia al barrio (escuela) según nivel socioeconómico.	64
Figura 31. Número de personas que acudieron a centro de salud según nivel socioeconómico.	65
Figura 32. Causas no atenciones en centro de salud según nivel socioeconómico.	65
Figura 33. Conocimiento sobre realización de charlas sobre medidas contra COVID según nivel socioeconómico.....	66
Figura 34. Conocimiento sobre realización de charlas sobre medidas según nivel socioeconómico.	66
Figura 35. Medio de obtención de información sobre medidas contra COVID-19 según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.	67
Figura 36. Frecuencia de uso de Redes: WhatsApp según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.	70
Figura 37. Frecuencia de uso de Redes: Facebook según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.	70
Figura 38. Frecuencia de uso de Redes y Medios: Radio Local, según nivel socioeconómico A) En el 2020. B) En el 2022.	71
Figura 39. Frecuencia de uso de Redes y Medios: Noticieros de Televisión, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.	71
Figura 40. Frecuencia de uso de Redes y Medios: Sitios oficiales, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.	72
Figura 41. Frecuencia de uso de Redes y medios: You Tube, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.	72
Figura 42. Frecuencia de uso de Redes y medios: Prensa escrita, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.	73
Figura 43. Frecuencia de uso de Redes y medios: centro de salud cercano, según nivel socioeconómico A) En el 2020. B) En el 2022.	73
Figura 44. Frecuencia de uso de Redes y medios: directiva del barrio, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.	74
Figura 45. Frecuencia de uso de Redes y medios: directiva del barrio, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.	74

Figura 46. Frecuencia de uso de Redes y medios: Tik Tok, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.....	75
Figura 47. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: WhatsApp, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.....	77
Figura 48. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: Facebook, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.....	77
Figura 49. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: Radio local, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.....	78
Figura 50. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: noticieros de televisión, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.....	78
Figura 51. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: sitios oficiales, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.....	79
Figura 52. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: You Tube, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.....	79
Figura 53. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: prensa escrita, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.....	80
Figura 54. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: centro de salud cercano, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.....	80
Figura 55. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: directiva del barrio, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.....	81
Figura 56. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: Instagram, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.....	81
Figura 57. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: Tik Tok, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.....	82
Figura 58. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas según nivel socioeconómico.....	83
Figura 59. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (WhatsApp) según nivel socioeconómico.....	84
Figura 60. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (Facebook) según nivel socioeconómico.....	84
Figura 61. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (Radio local) según nivel socioeconómico.....	85
Figura 62. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (Noticieros de Tv) según nivel socioeconómico.....	85

Figura 63. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (Sitios oficiales) según nivel socioeconómico.	86
Figura 64. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (You Tube) según nivel socioeconómico.	86
Figura 65. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (Prensa escrita) según nivel socioeconómico.	87
Figura 66. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (Centro de salud) según nivel socioeconómico.	87
Figura 67. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (Directiva del barrio) según nivel socioeconómico.	88
Figura 68. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (Instagram) según nivel socioeconómico.	88
Figura 69. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (Tik Tok) según nivel socioeconómico.	89
Figura 70. Percepción de la información sobre medidas contra COVID-19 (Lavado de manos) según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.	91
Figura 71. Percepción de la información sobre medidas contra COVID-19 (Mascarilla) según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.	91
Figura 72. Percepción de la información sobre medidas contra COVID-19 (Cuarentena) según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.	92
Figura 73. Percepción de la información sobre medidas contra COVID-19 (Vacunas) según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.	92
Figura 74. Densidad de establecimientos educativos fiscomisionales.	110
Figura 75. Concentración de establecimientos de salud DMQ.	111
Figura 76. Procesos en el rol del espacio en el acceso a la información sobre medidas contra COVID-19.	114
Figura 77. Propuesta para el mejoramiento del acceso a la información desde la determinación social.	117
Tabla 1. Dimensiones y categorías de las variables e instrumentos.	37
Tabla 2. Criterios de selección	39
Tabla 3. Cálculo de muestra	39
Tabla 4. Caracterización de los barrios en estudio	53
Tabla 5. Redes de solidaridad de los tres barrios en estudio	60

Tabla 6. Medio a través del cual obtuvo información sobre medidas contra COVID-19	66
Tabla 7. Frecuencia de Uso de redes por año.	69
Tabla 8. Frecuencia con la que información recibida sobre COVID-19 fue útil.....	76
Tabla 9. Medio a través del cual se transmiten más noticias falsas sobre medidas contra COVID-19 en el 2020	82
Tabla 10. Frecuencia de transmisión de noticias falsas.....	83
Tabla 11. Tipo de información recibida sobre las medidas contra COVID-19.....	90
Tabla 12. Matriz de procesos críticos	94

Introducción

Para el 2020, COVID-19 era una enfermedad incierta para todos. En este sentido la población, se tornó a buscar desesperadamente información acerca del virus, su origen, tratamiento, formas de protegerse, etc. Existían diversas fuentes, no se sabía cuál era la información verificada, por lo cual se comenzó a dar un vacío de información.

Esto ocurrió mientras se dictaban medidas basadas en la epidemiología funcional y convencional, basada en cuarentenas y aislamientos obligatorios de la población, lo cual provocó un fenómeno de hiperconexión, por lo cual las noticias se transmitían a una velocidad increíble, además de que se fortalecían las redes virtuales. Y fueron justamente estos enlaces que configuraron un espacio abstracto, construido, lo cual dio una territorialidad a la información.

En este sentido, existe una riqueza significativa de investigación referente a las formas y estrategias de generar información-comunicación en tiempos de pandemia, tal es así que, históricamente, algunos brotes de enfermedades como el H1N1, el ébola o el zika demostraron que, en tiempos de emergencia social, la desinformación puede provocar graves consecuencias (Richardson 2019), ya que los mecanismos de influencia social pueden amplificar los temores durante las epidemias. Esta problemática se ha hecho más evidente durante la pandemia del COVID-19 donde el desconocido contexto de emergencia social y sanitaria ha traído consigo un exceso de información nunca conocido, lo que en última instancia complicó la búsqueda y hallazgo de soluciones para el adecuado control de la pandemia. Toda esta información se configuraba en enlaces, que a su vez formaban redes entre comunidades a nivel mundial, que mantenían patrones de difusión que contribuían a la superpropagación tal como un virus, una propagación viral de exceso de información y noticias falsas, como se le conoció luego al virus de la infodemia.

En este contexto, se reportaba un aumento de desinformación sobre temas relacionados a la enfermedad por COVID-19 (Eysenbach 2020). Su propagación implicó un patrón dinámico y diferente en el que las comunidades y los usuarios dentro y entre plataformas independientes formaron esporádicamente enlaces activos temporales en escalas de tiempo similares a la propagación viral. Esto permitió que material (contenido) evolucione e incluso mute. Esto ha permitido que las redes que ya estaban difundiendo exitosamente en contra de algunas medidas como en contra la vacunación, se conviertan rápidamente en superdifusores globales de narrativas que presentaban tratamientos falsos

de COVID-19, sentimientos anti-asiáticos y teorías de conspiración. Un estudio de (Johnson 2020) muestra los datos de material relacionado con COVID desde diciembre de 2019 hasta junio de 2020, con una evidencia de la actividad de transmisión de información se asemeja a una "infección", que en todas las escalas suele presentar un perfil de infección de pico único y la propagación difusiva. Las redes sociales se constituyen como nodos que forman enlaces hacia otros, en línea. Cuando se combinan con enlaces rotos o caídos, se genera una reagrupación perpetua, por lo cual, aunque en determinada comunidad, un enlace ya no genera interés, en otra, siendo información errónea, informativa o desinformativa, sí genera atención, por lo que se inyecta, revive, evoluciona y muta.

Este comienzo de la infodemia involucró a 10,000,000 usuarios en todos los idiomas y continentes que se formaron en alrededor de 6,000 grupos interconectados. Por tanto, a pesar de que existía gran cantidad de información, la desinformación primaba y uno de sus fundamentos yacía en que la evidencia médica y de salud pública no se integraba con las consideraciones sociales, económicas y políticas; información que estaba sujeta a variaciones e influencias culturales, lo cual no fue tomado en cuenta por los tomadores de decisiones, algunos de los cuales aplicaban estudios realizados en otros países que no tienen similitud cultural ni étnica con la población local, que luego se reflejaban en resultados bajos en términos de aceptación y cumplimiento de las medidas contra el COVID.

Las noticias falsas y la información de todo tipo sobre casos, virus y tratamientos, mantuvieron tendencias a favor y en contra como un péndulo, en donde, dependiendo incluso de las opiniones de ciertos personajes que se volvieron voceros oficiales, se marcaba la tendencia, e incluso la toma de decisiones.

Por lo cual, se dio también una crisis de la evidencia científica, ya que la información no era manejada por los sitios oficiales, e incluso se perdió la rigurosidad científica, haciendo que las redes sociales y las opiniones vertidas en ellas, pasen a ser el primer nivel de evidencia.

Por su parte, la entrega de la información, no fue distinta en Ecuador, solo para los 6 primeros meses circularon alrededor de 300 noticias falsas (Bayas Ramírez 2021), en los primeros 6 meses de 2020; las palabras que más se repetían en las noticias falsas fueron:

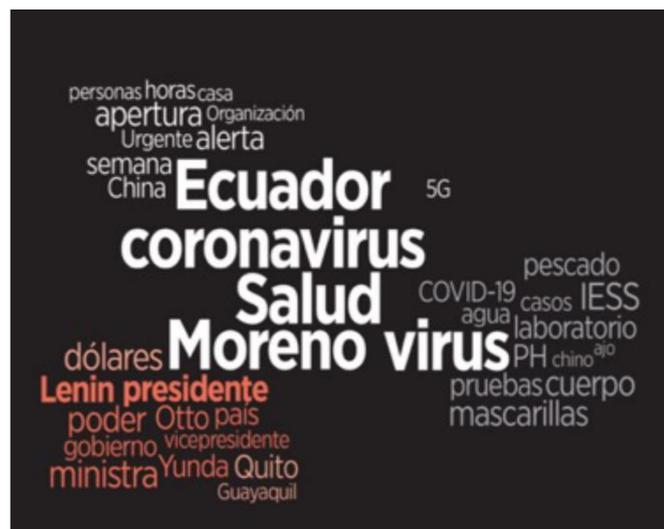


Figura 1. Nube de palabras más repetidas en las noticias falsas.
Fuente: Bayas Ramírez 2021.

Y es toda esta problemática de entrega de información, desde una visión higienista y desde la teoría miasmática de la epidemiología convencional, donde se abordaba la pandemia, con enfoque empirista reduccionista que produjo un congelamiento de los procesos de salud-enfermedad como fenómenos esencialmente individuales, estáticos, pasivos, asistenciales y curativos que se registraron como un conjunto de eventos aislados y sueltos: contar enfermos, muertos e identificación de factores de riesgo, distribuciones y predicciones. Se impusieron además medidas basadas en estos datos muertos, que paralizaron las fuerzas de producción de las comunidades, truncaron sus modos de vida y los llevaron a un modo de supervivencia; y que promovieron la creación de territorialidades de desposesión por un lado y de acumulación por otro lado.

El manejo de la información acerca de las medidas contra la pandemia fue incierto en principio. Según el análisis, “tampoco se observaron las relaciones y conexiones territoriales particulares; la existencia de ciudades grandes, medianas y pequeñas; ni las diferencias en relación con los espacios urbanos, urbano-marginales y rurales” (Menéndez Villacreces et al. 2020, 136). No se realizó un análisis de vulnerabilidades; y se tomaron decisiones que generaron caos a nivel sanitario y de gestión, lo cual provocó un colapso del sistema y generó pánico. A ello se unió el cambio brusco de las tendencias de mortalidad, el aumento de casos confirmados, y la falta de transparencia inicial en el manejo de datos epidemiológicos (Menéndez Villacreces et al. 2020).

El reto de la presente investigación es comprender al territorio no como suma de fragmentos sino desde la totalidad, la dialéctica y su complejidad, que permita analizar y

reflexionar la realidad desde la multidimensionalidad de los procesos en el acceso a la información desde la multiescalaridad espacial, para lo cual se seleccionó el Distrito Metropolitano de Quito, específicamente la zona urbana de Quito, debido a que es un espacio donde se observan diferencias geográficas y sociales en la distribución socioespacial de los diferentes barrios que lo conforman.

Justamente, la producción del espacio de las ciudades se consolida en una estructura segregada donde la distancia física ya era importante; por tanto, lo que ocurrió es que la distancia dictada en la pandemia, fue naturalizada e institucionalizada.

Las distancias materializaron las mencionadas “territorialidades de desposesión” y “territorialidades de acumulación”, donde por un lado se vivían las carencias e inequidades, donde las cuarentenas y aislamientos sanitarios exacerbaban la pobreza; y por otro lado, se vivían las mismas medidas con comodidad y soltura, ya que incluso eran convenientes. (Basile y Rivera-Díaz 2022)

El presente estudio propone el estudio de la problemática descrita en dos momentos: 2020 como “inicio de la pandemia” y 2022 como “durante la pandemia”, para analizar el rol del espacio en el acceso a información y medios de comunicación utilizados para la obtención de información sobre medidas contra el COVID-19.

Además, esta investigación propone el análisis desde la geografía de los modos de vida, tomando en cuenta las corrientes del higienismo y de la teoría miasmática de la epidemiología convencional, que lo único que hicieron es promover una visión fragmentada de la realidad, lo cual, junto a lo punitivo de las medidas, provocaron confusión y caos en el acceso a uno de los bienes más importantes para ese momento: la información.

Capítulo primero

El problema de investigación

Históricamente durante los brotes epidémicos y pandémicos, la información entregada en medio de la crisis se ha basado en la transmisión de medidas contra la pandemia enmarcadas en la prevención, promoción y tratamiento de manera fragmentada desde la visión del higienismo y teorías como las del contagionismo y la miasmática (Palero y Ávila 2020).

El higienismo como teoría fue desarrollada desde el siglo XVIII:

plantearon a la higiene como ciencia de la lucha por la erradicación de enfermedades, como la fiebre amarilla o el cólera, afecciones que se desarrollaron con más frecuencia en el medio urbano y que afectaron a la mayor parte de la población, especialmente aquella conformada por las clases más bajas, trabajadores, obreros y sus familias, cuyas insalubres condiciones de vida y de trabajo fueron focos de enfermedad permanentes. (Memoria chilena 2021)

De esta manera, las prácticas para controlar las enfermedades estaban basadas en el aislamiento de la población en general y por lo tanto, se empezaban a relacionar los conceptos de territorio-espacio, basados en el poder del mismo sobre el desarrollo de las enfermedades (Memoria chilena 2021). De igual manera, la teoría miasmática:

sostenía que las fuentes de enfermedad no solo eran producto de la naturaleza, tales como tifones, cambios estacionales o atmosféricos, sino que también podían ser producto del hombre. Esta idea no atribuía el aire pestilente exclusivamente a las condiciones climáticas, sino especialmente a los miasmas, o sea, los fétidos olores que emanaban de los cuerpos muertos en descomposición (tanto animales, como humanos), a la basura en descomposición y a los desechos malolientes de las casas y de las personas. (Memoria chilena 2021)

Según esta teoría, la predisposición del cuerpo a enfermarse estaba definida por la conducta, los hábitos y la ubicación geográfica del individuo. El modelo de análisis se atribuía a las condiciones de vida, como la pobreza, la falta de saneamiento del agua, alcantarillado, entre otras.

Teóricamente, el problema radicaba en que la teoría del contagionismo no era válida para todos, debido a que se encontraba enfermedad en personas que no mantuvieron contacto con otras, es decir a pesar de su aislamiento. El dilema relacionado

a la política y economía, de esta teoría era que el contagionismo necesitaba la cuarentena, la cual no era conveniente para los negocios, por lo que se volvió inaceptable para la clase alta.

Los anticontagionistas argumentaban basándose en las pérdidas económicas que se tenían por el error contagionista. Para la clase alta, el saneamiento, constituyó la alternativa a la cuarentena (Memoria chilena 2021). El saneamiento adquirió legitimidad en Reino Unido, Alemania, sin embargo, como se conoce actualmente, la hipótesis miasmática no era correcta, ya que encontrarse los olores y las enfermedades, en los mismos lugares no significaba que fueran producto de esta causa, sino que ambos fenómenos resultaron ser productos de otros procesos.

Esta visión del higienismo y de teorías como la del contagionismo o la miasmática desde hace algunos siglos, descontextualizó la perspectiva de la realidad, que se tradujo en la difusión fragmentada de información y sin contexto, que durante una epidemia se trasmite a los habitantes de espacios urbanos o rurales, en medios de comunicación, sin tomar en cuenta las particularidades de cada población y su territorio.

Para la pandemia actual, por COVID-19, la cual, surgió en diciembre del 2019, los dilemas no han cambiado del todo. Esta pandemia ha dado un giro a la historia mundial transformándose en una pandemia, que ha provocado 676.609.955 casos y 6.881.955 muertes (Johns Hopkins Coronavirus Resource Center 2023) hasta la actualidad afectando a todos los países a nivel mundial.

Los dilemas entre las formas de transmisión, saneamiento, distanciamiento, cuarentena, entre otras medidas siguen siendo los mismos. Sin embargo, no se había estudiado otra medida bastante influyente en torno a la dialéctica social del manejo de la pandemia.

Investigaciones realizadas en otras pandemias como SARS y MERS, ocurridas en años pasados, determinaron que, con la finalidad de disminuir la transmisión, la incidencia de casos y la tasa de mortalidad fue fundamental la comunicación a la población de políticas de salud pública como cuarentenas, aislamiento de personas vulnerables y distanciamiento social (Nussbaumer-Streit et al. 2020).

La dinámica en torno a contención y mitigación durante la pandemia por COVID-19 fue particular: Muchos países de América Latina reaccionaron rápidamente ante la amenaza emergente al comienzo del brote regional. La movilización de personal médico, equipos e importantes medidas de salud pública frenaron la transmisión inicial en países como El Salvador, donde se pusieron en marcha medidas draconianas muy estrictas una

semana antes de que se registrara ningún caso en el país. Países como Ecuador, Colombia, Perú, Chile y Argentina comenzaron con medidas de confinamientos blandos, seguidas de control de aglomeraciones en el sistema educativo y finalmente con el cierre de fronteras. Desde el punto de vista de la salud pública, el manejo fue totalmente caótico (Ortiz Prado y Cevallos Robalino 2021).

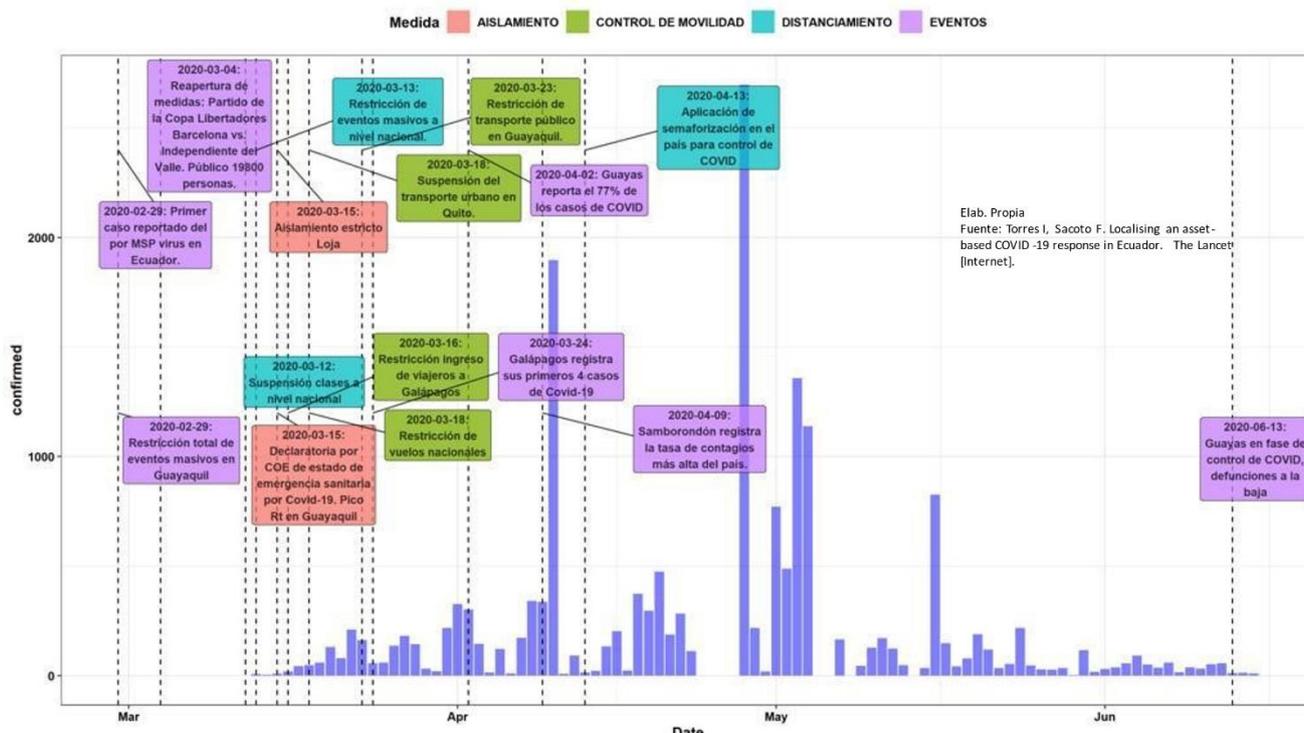


Figura 2 Medidas de salud pública tomadas durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador.
Fuente: (Ortiz Prado Esteban y Cevallos Robalino Doménica 2021)

Pero estas teorías también venían enmarcadas en una visión reduccionista de la realidad, donde la producción de los procesos salud-enfermedad descansan en lo que sucede en el marco Estado – Nación, similar a una dinámica de desigualdades nacionales que no reconocen las determinaciones desde las estructuras de poder o desde la geopolítica y solo identifican las acumulaciones económicas, la mercantilización de la vida, subsumida en las inequidades.

La manera de que el Estado interviene en la sociedad, básicamente su forma de infiltrarse esta inmersa en un concepto creado por Foucault: gubernamentalidad, que constituye el control del Estado, no sólo con cuestiones legales sino con la atención al nuevo objeto a observar es decir la población, tratada desde la biología, con sus indicadores. El control ejercido de parte del Estado a través de la salud pública. Uno de los teóricos eurocéntricos del Estado, como el alemán Carl Schmitt planteaba una premisa: “te protejo, y por tanto te obligo”. (Basile y Rivera-Díaz 2022)

La visión de la geopolítica y sus divisiones, nos permite entender que la salud panamericana dependía de los intereses geopolíticos del Norte, especialmente de Estados Unidos, lo cual también se vivió en esta pandemia, donde los reportes de COVID-19 y las noticias alrededor de la pandemia giraban alrededor de Estados Unidos como eje. Esta visión geopolítica en la pandemia se centro en la “geopolítica de la seguridad sanitaria” que fue asumida como gubernamentalidad por todos los gobiernos a nivel mundial, la cual obliga prácticamente a los estados del sur a tomar una serie de medidas que responden más a las vulnerabilidades o necesidades de los estados occidentales del Norte que a las necesidades reales de la sociedad. (Rushton 2011)

Es así que, en razón de los virus emergentes y reemergentes, se dan lugar varias medidas que biomedicalizaron las relaciones entre los países. Asimismo, El SARS-CoV-2 implicó un salto operacional, logístico y sociocultural en el uso de las fuerzas de seguridad y militares para las respuestas a emergencias de salud pública, lo cual también está descrito dentro del fenómeno geopolítico de la securitización de la salud, donde se comenzaron a normalizar estas medidas formando un “estado de guerra”. Todo esto bajo la comandancia de la Organización Mundial de la salud, que responde al interés del Norte global.

Pese a los avances tecnológicos, las altas coberturas de Internet, la información de prevención, manejo y control frente al Covid-19 llegó de manera diferenciada a la población del país, adicionalmente se evidenció una desarticulación entre los diferentes niveles de gobierno, quienes emitieron políticas públicas e información sin considerar las particularidades del territorio, como acceso a servicios básicos, acceso a infraestructura y servicios de salud, hacinamiento, nivel de instrucción, grupos étnicos-culturales, actividad económica, entre otros.

Por ejemplo, lavarse las manos, usar mascarilla o realizar aislamiento social se convirtieron para algunas poblaciones, en medidas imposibles de cumplir, porque no poseían servicio de agua potable, o suficiente dinero para comprar jabón, alcohol o mascarillas. Parecía que las medidas de bioseguridad eran hechas para gente de un nivel socioeconómico medio o alto, que podía acceder a los servicios básicos y a los implementos de aseo que se requerían. Una visión higienista, anticontagionista que pedía aislamiento social y cuarentenas, sin tomar en cuenta a la población que vive del comercio informal, que come con sus ganancias diarias; tampoco tomaba en cuenta a los migrantes o personas que, para abaratar su costo de vivienda, alquilaban un cuarto en el que vivían con 5 o hasta 10 personas más, en condiciones insalubres, con niños y adultos mayores.

Por tanto, la visión del higienismo y de teorías como la del contagionismo o la teoría miasmática, desde hace algunos siglos, descontextualizó la perspectiva de la realidad, lo cual se tradujo en la difusión fragmentada de información y sin contexto, que se transmite a los habitantes de espacios urbanos o rurales, sin tomar en cuenta las particularidades de cada población.

Acerca de la comunicación en tiempos de crisis, se refiere al intercambio de información entre los conocedores del tema a la población que está experimentando la crisis. El objetivo final de esta comunicación es que cualquier persona pueda tomar decisiones basadas en datos actualizados y evidencia científica.(Sanchez 2015)

En emergencias de salud pública, la comunicación se vuelve una herramienta/arma vital contra la crisis y el virus de la infodemia, ya que permite fomentar la protección de salud a través de la información bien comunicada. (Sanchez 2015).

Una comunicación efectiva debe hacer que la población que la recibe sienta confianza en la misma para lo cual, la información debe ser accesible y transparente, oportuna y entendible. (Organización Mundial de la Salud 2018)

Sin embargo, más allá de la comunicación de riesgos, la propuesta yace en el trabajo en torno a las necesidades y vulnerabilidades de cada población, ya que la falta de comunicación de riesgo eficaz, que tome en cuenta todo el contexto del receptor, incluso su nivel socioeconómico, lenguaje, cultura científica, etc., y sobre todo anunciando las noticias sobre la pandemia y las medidas a tomarse, de forma anticipada y proactiva, llevaron a que se produzca una catástrofe en salud pública.

Existe una diferencia abismal en cuanto a comunicar en medio de un evento o crisis de salud pública o en situaciones habituales. Esto se debe a cinco características diferenciales: 1) el gran volumen de recursos humanos y económicos que ha ocupado los temas de investigación sobre la crisis, 2) la velocidad a la que se desarrolló la investigación; 3) la apertura de los contenidos de los artículos científicos; 4) la disminución en la brecha del tiempo que toma la obtención de nuevos datos científicos y su publicación y comunicación respectiva; y 5) el gran interés que genera cualquier temática sobre la crisis, sobre todo en la primera fase (Universidad Pompeu Fabra 2020)

Acerca del proceso de comunicación, nunca fue tan grande la cantidad de investigaciones publicadas y en desarrollo, como ha sido con la COVID-19 (Weible et al. 2020). El curso y evolución de un brote epidémico depende tanto de las características del agente causal, así como la respuesta del huésped, en este caso el humano, ante el

problema. Esta respuesta puede ser un cambio de comportamiento por medidas impuestas por gobernantes y políticos y por las instituciones de salud.

Dentro del tipo de respuestas están las medidas no farmacológicas a ser tomadas para mitigar la pandemia, e incluso la no respuesta (Universidad Pompeu Fabra, 2020), que constituye por ejemplo la ausencia de medidas epidemiológicas para contener el avance de la pandemia como distanciamiento social, cuarentena, confinamientos, uso obligatorio de mascarilla, etc. La respuesta y la no respuesta tiene un inmenso impacto en el curso de una epidemia o pandemia. (Universidad Pompeu Fabra 2020) Si bien la evidencia científica debería ser la base fundamental que guíe las decisiones, sin embargo, las crisis han sido manejadas de tal manera que la población no percibe la gravedad de la situación o la percibe excesivamente.

Por tanto, se introduce la idea sobre la comunicación estratégica la cual es fundamental en la vida de una organización a través de “La teoría de la comunicación estratégica como cambio social conversacional”, reconociendo “en los paradigmas sus capacidades para abordar diferentes aspectos de lo real” e incorporando a la “teoría como llave, como una forma de interpretar situaciones de comunicación” (Massoni 2007)

En este sentido, el problema también yacía en la falta de capacidad de los investigadores, de los tomadores de decisiones, de periodistas y de los ciudadanos comunes para mantenerse al día con los hechos que cambian rápidamente, de acceder a la misma, a traducir esa información, entenderla y ponerla en práctica. En otras palabras, la pandemia actual se convirtió en un desafío para acceder y filtrar la gran cantidad de información que se publica a diario.

Luego del estado del arte y de la exposición del problema en temas de información-comunicación en tiempos de pandemia, se establece que la presente investigación se justifica debido a que analiza la problemática de la existencia de políticas públicas sin mirada territorial, tomando como ejemplo las medidas contra el COVID-19 en el DMQ y es justamente dentro de la visión del territorio y del espacio, que se busca enfatizar el estudio del ser humano como un ser con derecho: derecho a la ciudad, derecho a la información, entre otros, que surgen justamente desde la visión de la justicia espacial, lo cual se resaltaré en este trabajo

En referencia a la información generada para la prevención del Covid-19 desde la determinación social de la salud, podemos plantear que este estudio es innovador y podría contribuir a evidenciar el rol del espacio y territorio en el acceso a la información sobre las medidas contra COVID-19 en el Distrito Metropolitano de Quito; caracterizar a la

urbe por niveles socioeconómicos; describir el acceso a información sobre medidas contra la pandemia, analizando las desigualdades e inequidades en este acceso a través de la dinámica histórico- territorial de los mismos; y visibilizar la problemática de la diferencia del ciclo de entrega y recepción de la información durante la pandemia entre barrios de la misma Urbe, con procesos protectores y malsanos incluidos que vulneran más a la población en estudio, que terminan en encarnar de diferentes maneras; lo cual servirá de insumo en la definición y generación de información relacionada a salud.

La presente tesis se estructura en seis capítulos: El primero que aborda el estado del arte y el problema de investigación; el segundo que constituye el marco teórico como tal, que incluye las perspectivas críticas de abordaje, la visión desde la geografía crítica, abordando las categorías de espacio y territorio, justicia socioespacial, epidemiología crítica y determinación social de la salud, además de la perspectiva desde el derecho a la ciudad y derecho a la información- comunicación. El capítulo tercero aborda la estrategia metodológica, diseño, tipo de estudio, la muestra, recolección de la información y aspectos bioéticos. El capítulo cuatro trata la problemática caracterizando la zona de estudio y la estructura geo-histórica del DMQ, describiendo los niveles socioeconómicos de la ciudad y la segregación socio espacial. El capítulo quinto corresponde a los resultados expuestos de forma descriptiva, con figuras y tablas, además de la matriz de procesos críticos, característica dentro de la determinación social de la salud. Finalmente, el último capítulo aborda a manera de conclusión los dominios general y particular de la determinación social de la problemática.

Capítulo segundo

Marco teórico

Para analizar y comprender la realidad desde las diferencias territoriales en el acceso de información durante la época de la pandemia en la ciudad de Quito, partimos del problema, objeto de estudio y pregunta de investigación identificado en el capítulo anterior, los cuales marcan el mapa para definir el método de abordaje y su marco teórico-metodológico.

1. Perspectivas críticas de abordaje

Para mantener la rigurosidad de la investigación desde la perspectiva crítica, se plantea un diálogo entre la geografía y epidemiología críticas. El método de abordaje es dialéctico, considerando la teoría de sistema desde el enfoque de la complejidad, que permite analizar el rol del espacio en el acceso a la información sobre las medidas contra el Covid-19 en tres barrios del Distrito Metropolitano de Quito.

1.1. Geografía crítica

La geografía para ser considerada ciencia fragmento a la realidad para su abordaje y la totalidad se plantea desde la suma de fragmentos de su objeto de estudio que constituye el espacio geográfico.

Desde la década de 1970, el espacio geográfico ha sido concebido como “el objetivo del análisis de aquellos críticos que buscan importar la teoría social en la teoría geográfica” (Zamora Acosta 2022, 39).

Asimismo, el objeto de estudio de la geografía consiste en “los fenómenos o procesos sociales, considerados en su formulación en la esfera material, social y mental como espacio. De tal manera que personas y grupos son a la vez objeto y sujeto de estudio” (Zamora Acosta 2022, 40).

Por lo tanto, la geografía crítica aborda al espacio desde la dialéctica, la complejidad y totalidad, desde esta perspectiva no podría existir geografía sin historia

como tampoco existiría una historia sin geografía, el objeto de estudio de la geografía se transforma principalmente por las prácticas sociohistóricas, que responden a matrices de poder inequitativas (Zamora Acosta 2022)

Esta investigación considera lo crítico de la geografía, desde lo ético, epistemológico y pragmático, porque permite plantear espacios de vida o espacios con justicia socioespacial en los cuales el acceso a la información no sea determinado socialmente por condiciones socioeconómicas, género, raza o características étnicas culturales.

Las categorías desde la geografía crítica que permite el dialogo con la epidemiología crítica son: Espacio-territorio e (in)justicia socioespacial.

1. 2. Espacio y territorio

La visión del territorio y del espacio en el estudio del comportamiento es vital ya que se define como el lugar en donde se producen manifestaciones de la existencia de los individuos recogiendo: acciones, pasiones, fortalezas y debilidades, tal como lo mencionaba Henri Lefevre en sus obras, en las que definía al espacio “como un fenómeno complejo que hace referencia al espacio social y aseguraba que la relación del espacio con la sociedad proviene de la relación con otras ciencias: economía, política, sociología y tecnología” (Espinosa 2020, 508).

Y es que, la visión de la modernidad era que el espacio es algo muerto, no dialéctico, inmóvil y que el tiempo era lo que le daba la vida y dialéctica, lo cual fue contradicho por Foucault, y Soja (Guzmán 2007). Es importante recalcar que epistemológicamente se abordaban las problemáticas de forma histórica, en base al llamado “historicismo”. La geografía tradicional consideró al espacio “como un absoluto, como algo que existe al margen de su contenido y percepción” (Guzmán 2007, 37) un espacio geométrico que posibilita la ubicación de distintos puntos y distancia entre ellos, visto como sistema de coordenadas. Según Edward Soja, esto ha producido dificultades la conceptualización del espacio geográfico, por lo que plantea una conciencia dual: teórica y pragmática que considere al individuo en la historia y en la construcción de la producción social del espacio y tiempo en un contexto histórico y geográfico.

La producción social del espacio formulada por Lefebvre plantea que, a lo largo de la historia, cada modo de producción crea su espacio y su temporalidad y, a la vez, ciertas relaciones sociales, siendo que “toda sociedad configura y produce su espacio,

pero, simultáneamente, el espacio determina y configura los rasgos propios de la sociedad que lo habita” (Zuluaga y Vargas 2020, 121). Por tanto, se tiene al espacio como productor y producido de prácticas sociales. En consecuencia, “ciertas relaciones de producción generan y requieren un tipo de espacio y, unas condiciones geográficas y espaciales particulares determinan un tipo de relaciones de producción, un tipo de economía y unas formas de relaciones sociales” (Zuluaga y Vargas 2020, 121).

1.3 (In)justicia socioespacial

La justicia, además de ser un fenómeno social, es también un hecho espacial, por lo que se emplea el concepto de “justicia espacial”. La propuesta de este análisis se trata de que, desde el espacio, se analice las condiciones que producen y reproducen las injusticias sociales. La justicia tiene una dimensión socio espacial dialéctica así, “la sociedad produce el espacio y a su vez el espacio produce sociedad; pero a su vez esa producción social y espacial está determinada y determina relaciones de poder” (Zuluaga y Vargas 2020, 121).

Para efectos del análisis de este estudio, una injusticia espacial es una condición de inequidad en determinados colectivos, que ocurre debido a los privilegios que la planificación territorial brinda a algunos individuos, respecto a otros. Un espacio injusto es un espacio segregado. Estas injusticias permiten los problemas de desigualdad, segregación y pobreza. Tal como se describe en otros estudios sobre injusticia espacial: “las formas de ordenación del espacio se han convertido en una máquina de generación de desigualdades” (Zuluaga y Vargas 2020, 128), por lo que es vital reflexionar sobre cómo, “en el espacio urbano se van territorializando una serie de acciones que permiten que se produzcan y perpetúen las desigualdades y polarizaciones que generan injusticias, las cuales, a su vez, se replican socialmente y evolucionan en el tiempo” (Zuluaga y Vargas 2020, 128).

1.4 Epidemiología crítica

1.4.1. Determinación social de la salud

La determinación social de la salud “desarrolla una crítica del paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir, de enfermar y morir” (Breilh Paz y Miño 2013, 14).

Asimismo, promueve la comprensión de la salud como un proceso complejo que está socialmente determinado. Es así que la determinación social de la salud es abordada entre las dimensiones de lo general, particular e individual y constituye una propuesta contrahegemónica frente al poder y su marcada segregación (abordado en la sección de reproducción social), y basada en principios de la vida o 4S que son solidaridad, soberanía, sustentabilidad, y salud/bioseguridad.

Por lo tanto, la vida y las relaciones, así como la sociedad como tal, no pueden ser concebidos desde una perspectiva de dialéctica de la individualidad sino a partir de la integralidad. De tal manera, la dialéctica entre las cuestiones biológicas y sociales se entiende como una estructura en rangos, en la que lo biológico se subsume a lo social a través de mecanismos de reproducción social (Morales-Borrero et al. 2013).

Se destaca que la determinación social de la salud no selecciona de forma privilegiada al sujeto como individuo, ni a la sociedad. Al contrario, reúne en la categoría “modos de vida” a los procesos de producción, y niveles del proceso salud enfermedad en las diferentes dimensiones mencionadas, por lo que se entiende que los individuos están subsumidos en los modos de vida impuestas por un todo social (Morales-Borrero et al. 2013).

Considerando las categorías; espacio-territorio, (in) justicia socioespacial y la determinación social se analizará el derecho a la ciudad planteado por Lefebvre, y plantaremos como uno de los derechos como ciudadanos el derecho a la información especialmente enfocándonos entorno a la pandemia de Covid-19 que constituye el tema de la investigación.

1.4.2. El derecho a la ciudad

Considerando al espacio como constructor y construido por prácticas sociales en diálogo con la categoría determinación social de la salud, podemos considerar el derecho a la ciudad que fue propuesto por Henri Lefebvre a través de su publicación *Le Droit à la ville*, hace una crítica a una realidad urbana que fomentaba el hecho recuperar el valor social y humano del barrio y de la calle, el derecho a la ciudad. Partiendo de que la ciudad

es un constructo de realidad inmediata, arquitectónica, mientras que lo urbano es una realidad social (Gasca Salas 2017). En este sentido, el derecho a la ciudad para Lefebvre “se manifiesta como una forma superior de los derechos: derecho a la libertad, a la individualización en la socialización, al hábitat y al habitar. El derecho a la obra (a la actividad participante) y el derecho a la apropiación (muy diferente al derecho de propiedad) están imbricados en el derecho a la ciudad” (Paquot 2011, 87).

Asimismo, desarrolla la idea de que existe una política del espacio, debido a que el espacio lleva incluida en sí mismo a la política. Este espacio político estará sujeto a dos críticas: “la crítica de derechas augura el fin de los centros, la dispersión de las actividades y de la población y, por tanto, tarde o temprano una acentuación o segregación de las poblaciones” (Carrión y Dammert-Guardia 2019, 69); asimismo, “la centralidad es una parte constitutiva de la vida urbana, que si no hay centralización ya no hay vida urbana, que la práctica urbana se ve herida en pleno corazón por la dislocación de la centralización” 69).

De esta manera, Lefebvre introduce la segregación y la precariedad de las condiciones de vida, que se registraba ya en las periferias urbanas de su ciudad, París donde se construían la residencia para la clase obrera.

David Harvey, otro geógrafo crítico, aseguraba que “la idea del derecho a la ciudad no surge primordialmente de diversas fascinaciones y modas intelectuales (aunque también las haya, evidentemente), sino de las calles, de los barrios, como un grito de socorro de gente oprimida en tiempos desesperados” (Carrión y Dammert-Guardia 2019, 73). Asimismo:

El derecho a la ciudad es por tanto mucho más que un derecho de acceso individual o colectivo a los recursos que esta almacena o protege; es un derecho a cambiar y reinventar la ciudad de acuerdo con nuestros deseos. Es, además, un derecho más colectivo que individual, ya que la reinvención de la ciudad depende inevitablemente del ejercicio de un poder colectivo sobre el proceso de urbanización. (73)

El derecho a la ciudad “no se limita a reivindicar elementos básicos para sobrevivir en el entorno urbano sino que, entiende a la ciudadanía como igualdad de derechos y los concreta en su relación con la ciudad como marco físico” (69). Además, el derecho a la ciudad “parte del principio que este conjunto de derechos forman un todo; que si no se tienen todos a la vez incluso los conseguidos se vuelven irreales” (69). El derecho a la ciudad incluye un conjunto de derechos urbanos, como de vivienda, espacio público,

integración en el tejido social urbano, a residir en el lugar que se ha elegido, etc. Y también derechos de naturaleza cultural, socioeconómicos o políticos.

Acerca de la justicia espacial y del derecho a la ciudad, existe una influencia mutua. En esta noción de dialéctica socio-espacial, “da forma a las relaciones sociales y al desarrollo de la sociedad, casi tanto como los procesos sociales configuran y dan sentido a las geografías en las que vivimos” (Guzmán 2007, 39).

1.4.3. El derecho a la información-comunicación

La Organización Mundial de la Salud, en agosto de 2007, declara sobre el derecho a la salud, que incluye: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, y en ellos se incluye el derecho al acceso a la información.

Para el desarrollo de una sociedad de conocimiento, actualmente, la alfabetización constituye uno de los pilares principales. Esta falta de igualdad de acceso a información incluye que mientras un lugar produce excesiva cantidad de información, otro tendrá que pelear por el acceso a esa información. Esta diferencia geográfica generalmente se da por niveles socioeconómicos y clases (ya explicado en el apartado de derecho a la ciudad).

En el marco de la dialéctica socio-espacial, y del derecho a la ciudad, es imprescindible el derecho a la información como un tema prioritario. Vivimos en un mundo complejo donde la información es vital para la toma de decisiones.

La información sobre temas de salud produce conocimiento, brinda respuestas a problemas urgentes, entre otros beneficios. En este contexto, se considera que el sistema de comunicación científica se encuentra en crisis, porque no favorece la difusión de información verificada, basada en evidencia científica para lograr el avance científico-técnico y social en favor de la población (Castiel y Sanz-Valero 2010).

En la pandemia del Covid-19 la información fue tratada desde la visión del contagionismo y no se consideraron las particularidades del territorio donde se expresan niveles socioeconómicos diferenciados, accesos a información, a tecnología, manejo o disponibilidad de redes sociales, etc. Mirando este vacío de investigación se propone desde un enfoque territorial conocer el rol de éste en el acceso de información sobre las medidas de prevención y/o cuidado frente al Covid -19 desde una visión espacial.

El ser humano tiene derecho a la información. Este derecho se establece en las convenciones y leyes. Es un derecho vital ya que con éste se permite ser parte de la administración y de la gestión pública incluso, de forma transparente.

No es concebible, por ejemplo, que desde los propios gobiernos centrales existan Estados con “secretos” o informaciones privilegiadas porque significaría que se actúa en función de algún “interés particular”. Asimismo:

El acceso a la información es un instrumento clave para el ejercicio de otros derechos tales como derechos económicos, sociales y culturales. Es decir, el derecho a la información permite a los ciudadanos definir ciertas circunstancias que pueden afectar su vida cotidiana y desarrollar la capacidad para tomar decisiones informadas y acciones concretas con el fin de mejorar sus condiciones de vida. El acceso a la información es fundamental debido a que a través de la información adecuada y oportuna se pueden mitigar riesgos de manera efectiva y promover mejoras en los servicios públicos básicos tales como la salud, la educación, la seguridad pública, impulsando el pleno ejercicio de los derechos y libertades, mejorando, de esta forma, la calidad de vida. (OEA 1969)

Los mecanismos de obtención de información son diversos, y es interesante como la misma población, como constructo social, dentro de sus posibilidades generan una relación interdependiente para la creación de redes o de nodos de comunicación.

Cuando ocurre esto, en algunos casos se transmite información verídica, en otros, termina, como ya se ha hablado en infodemia. Pero es importante resaltar estos mecanismos basados en la dinámica entre individuos, basado en las redes de solidaridad.

Las redes de solidaridad constituyen el conjunto de características como redes, normas y confianza que facilitan la coordinación para el beneficio mutuo (Bravo 2017).

Dentro de las redes de solidaridad, se contemplan 3 categorías: la solidaridad de grupo y cohesión social (por ejemplo, confianza en otros, normas de reciprocidad), la capacidad del grupo social de realizar acciones colectivas (eficacia colectiva) y reforzar normas (control social informal), y su importancia, ya que “la existencia de estas redes le brinda ventajas adicionales a los individuos que tienen acceso a ellas, en comparación con las que obtendrían si actuaran individualmente y sin el apoyo de esas relaciones sociales” (Flores y Rello 2001).

No es motivo de nuestro estudio, sin embargo, resultó importante describir brevemente el fenómeno de las redes de solidaridad en salud, debido a que formaría parte de los procesos protectores dentro de la promoción de salud, ya que si existen adecuadas redes en el tejido social, buena cohesión social y eficacia colectiva, se tendrán mejores resultados en salud (Bravo 2017). Y este fenómeno también tomó lugar durante la pandemia por COVID -19, de la siguiente manera: durante la pandemia, la información también fue transmitida mediante comunicados por parte de las asambleas, juntas directivas barriales, como formas de la gestión participativa en Quito, es así que en

algunos barrios aumentó la pertenencia e identidad barrial además de la cohesión social y eficacia colectiva, mediante actividades realizadas para obtener apoyo mutuo, es así que algunos constituyeron canales de información a toda la comunidad, demostrando como el mismo tejido social se adaptaba, en tanto no podía acceder a información sobre COVID-19 o el acceso que tenían era a información falsa.

Capítulo tercero

Estrategia metodológica

El estudio es transversal, considera una triangulación entre herramientas cualitativas, cuantitativas y espaciales. El método es dialéctico, utiliza a la geohistoria como herramienta ya que permite articular la espacialidad, la temporalidad y las prácticas espaciales.

El diseño del trabajo de investigación desde una perspectiva crítica se logró a través de la operacionalización del proceso crítico, como “una transformación multidimensional socialmente determinada que genera encarnaciones colectivas e individuales concretas de la salud y el ecosistema en un espacio social determinado y según la distribución de clase, género y etnocultural” (Breilh Paz y Miño 2013, 21).

La sistematización de procesos críticos se concreta en una matriz que, incluye aspectos económicos, sociales, políticos y culturales como procesos que pueden ser protectores o destructivos para la salud, en un espacio social y territorial específico.

Para analizar los procesos críticos que se encarnan en el territorio urbano de Quito, se propone una matriz de categorías de análisis (ver Tabla 1) que están imbricadas y complementadas, y que responden a la pregunta, el objetivo general y los objetivos específicos de esta investigación, permitiendo definir la carta de navegación para identificar los instrumentos a utilizarse en esta investigación.

1. Diseño y tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo, observacional de tipo transversal, mismo que se ajusta a los objetivos de la investigación, a través de un formulario de 36 preguntas, lo cual permitió conocer sobre las dimensiones y categorías desarrolladas para el presente estudio (Tabla 1), sin ninguna intervención o modificación por parte de los investigadores.

Tabla 1
Dimensiones y categorías de las variables e instrumentos

DIMENSIONES DE COMPARACIÓN	CATEGORÍAS	INSTRUMENTOS A UTILIZARSE			
		1 = Mapeo actores clave	2 = Revisión bibliográfica y bases de datos	3 = Análisis cartográfico	4 = Triangulación espacial
Espacio y Territorio	Configuración espacial del DMQ		X		
	Distribución geográfica de los centros educativos en el DMQ			X	
	Distribución geográfica de los centros de salud en el DMQ		X	X	

	Barrio diferenciado por Nivel socioeconómico		X	X	X
	Tiempo de residencia en el barrio				
	Característica del barrio				
	Relaciones de poder		X		
<i>Justicia espacial</i>	Grupo de edad diferenciado por Nivel socioeconómico			X	
	Tipo de familia diferenciado por Nivel socioeconómico			X	
	Sexo				
	N° de personas que viven en la casa, diferenciado por Nivel socioeconómico			X	
	Nivel de estudios, diferenciado por Nivel socioeconómico			X	
	Ocupación diferenciada por Nivel socioeconómico*			X	
	Afiliación a seguro, diferenciado por Nivel socioeconómico			X	
	Autoidentificación étnica diferenciado por nivel socioeconómico			X	
	Percepción de seguridad en el barrio diferenciado por nivel socioeconómico			X	
	Acceso a centro de salud cercano diferenciado por nivel socioeconómico			X	
Georeferenciación diferenciado por nivel socioeconómico			X	X	
<i>Derecho a la información</i>	Proceso de entrega e información en salud		X		
	Información sobre COVID entregada a la población		X		
	Medidas de salud pública tomadas en pandemia en Ecuador y DMQ		X		
	Acceso a información mediante internet (frecuencia y utilidad) diferenciado por nivel socioeconómico			X	
	Acceso a información mediante Tv y celular diferenciado por nivel socioeconómico			X	
	Acceso a información brindada a través del Centro de salud cercano				
	Acceso a información brindada a través de la escuela cercana				
	Medio a través del cual obtuvo información, diferenciado por nivel socioeconómico y año			X	
	Percepción de transmisión de noticias falsas (transmisión) diferenciado por nivel socioeconómico			X	
Información obtenida sobre medidas contra COVID-19, por año (lavado de manos, uso de mascarilla, vacunas) diferenciado por nivel socioeconómico			X		
<i>Redes de solidaridad</i>	Pertenencia e identidad barrial			X	
	Cohesión social: Participación en mingas para personas afectadas por COVID-19			X	
	Reciprocidad y solidaridad			X	
	Educación de hijos en escuela de barrio			X	

Fuente: INEC 2020; Breilh Paz y Miño 2013.

Elaboración propia.

*Para fines metodológicos se han agrupado las ocupaciones recogidas por los encuestados en dos categorías, ya que no es motivo de nuestro análisis las temáticas de inserción laboral.

2. Universo y muestra

El Universo tomado para este estudio representa los barrios consolidados del Distrito Metropolitano de Quito (casco urbano), de los cuales, de acuerdo a una

estratificación multicriterio (Tabla 2) de la base de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos, se seleccionó tres barrios, que representen los diferentes niveles socioeconómicos: Granda Centeno (nivel socioeconómico alto) en la zona norte de la urbe; la zona de Santa Lucía 2, (nivel socioeconómico medio) donde se estudió el barrio de La Vicentina específicamente, y La Lucha de los humildes dentro de la Ferroviaria media (nivel socioeconómico bajo). Se mantuvo equidad en la selección de barrios comparables.

Tabla 2
Criterios de selección

Tipo de barrio según proxi de clase sociodemográfico y socioeconómico del último censo del Instituto Nacional de Estadística y Censos.
Barrios con acceso a centros de atención primaria de salud (centros de salud nivel A, B)
Barrios con acceso a puntos de vacunación
Barrios con acceso a escuelas
Barrio consolidado
Barrio con acceso suficientemente viable

Fuente: INEC 2020; Breilh Paz y Miño 2013.
Elaboración propia.

La unidad espacial para identificar el nivel socioeconómico fue el sector censal considerando los datos del censo de población y vivienda del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2010). Para establecer el número de casos para el muestreo (trabajo de campo) se consideró los datos de población proyectados para el 2020 y 2022 por sector censal.

La encuesta (Anexo 1) fue evaluada por el comité de ética del Hospital General San Francisco del IESS, y luego de ser validada (pruebas piloto), se realizó la encuesta a los jefes de hogar por lo cual el muestreo se lo divide para 5 para sacar el dato que será analizado en los resultados. La muestra es de tipo no probabilística, oportunista. Tabla 3.

Tabla 3
Cálculo de muestra

ID	Scensal	Pob 2010	R	P2022	Familias	Parroquia	Barrio
1	170150199006	464	0,01835748	577	115	Itchimbia	La Vicentina
2	170150300009	493	0,0183	613	123	La Ferroviaria	Esfuerzo y Lucha de los Humildes
3	170150153009	382	0,018312	475	95	Rumipamba	Granda Centeno

Fuente: INEC 2020
Elaboración propia.

El cálculo de la muestra consideró el 0,05 de precisión; error alfa 0,05; nivel de confianza 95%, en función de definir el número de encuestas a realizarse en este estudio, se realizó con la siguiente fórmula, donde N es el tamaño de la población, α es el error

alfa, $1 - \alpha$ es el nivel de confianza, p como prevalencia de la condición o enfermedad, precisión como d y n como tamaño de la muestra. Para este estudio la p fue de 0.05.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Obteniendo una muestra de 45 para el barrio de la Vicentina, 46 para La Lucha de los humildes y 41 para Granda Centeno.

El barrio lucha de los humildes, al ser propiamente una Cooperativa de vivienda, contenía a 45 familias, por lo cual, se calculó la muestra, a partir de este universo, con un error alfa de 0,05 y nivel de confianza de 95% con una precisión de 0,05, obteniéndose un n de 28.

3. Selección de la muestra

La muestra seleccionada estuvo conformada por personas que desearon participar voluntariamente de este estudio y que lo manifestaron firmando el consentimiento informado; y que además cumplan los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Adultos, hombres y mujeres entre 18 años y 75 años
- Población residente en los barrios escogidos por más de dos años
- Población que firmando el consentimiento informado desee contribuir a esta investigación

Criterios de exclusión

- Personas que no residen o pertenecen a los barrios escogidos
- Personas residentes en el barrio menos de 2 años
- Personas fuera del rango de edad (niños)
- Personas que no deseen participar de la investigación

4. Recolección de la información y aplicación de instrumentos

Se trata de un estudio que triangula los métodos cualitativos, cuantitativos y espaciales.

Se utilizaron tanto técnicas cualitativas como revisiones bibliográficas para el análisis de las políticas vigentes sobre la comunicación de riesgo y leyes al respecto en el país. Además, se analizó la información de las medidas a considerarse durante la pandemia, difundida mediante medios oficiales. Se realizó una revisión y análisis de base de datos disponibles en el Instituto Nacional de Estadística y Censos (considerando la

limitación al ser el último censo de población 2010) y se realizó una aproximación con los líderes barriales para conocer a la población de estudio y sus actores clave.

En el contexto espacial, se analizó a la zona de estudio desde su geografía e historia y se realizó un análisis del espacio, la temporalidad y prácticas sociales.

Las encuestas para el análisis cuantitativo fueron planteadas desde la determinación social que permitió obtener información descriptiva y luego comparativa entre los barrios analizados, por cada dominio y categoría (Tabla 1), construyendo una narrativa espacial que permitió entender las diferencias e (in) justicias socio espaciales. La investigación partió de la identificación de niveles socioeconómicos (obtenido desde las bases de datos de fuentes secundarias) y posteriormente se definieron estratos y categorías sociales con la información levantada con las encuestas.

Las encuestas cuentan con una validación interna con especialistas epidemiólogos, ingenieros estadísticos y geógrafos para evitar sesgos y errores teóricos-metodológicos. Además, se realizó la validación externa a través de 20 encuestas realizadas de forma aleatoria a hombres y mujeres de los 3 barrios en estudio, después de lo cual se mejoró la consistencia de las preguntas. El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.0.

Para el análisis se utilizó un análisis descriptivo de frecuencias y para establecer asociación entre algunas variables categóricas, se analizaron los datos con la prueba de Chi cuadrado con una $p \leq 0.05$ y un intervalo de confianza del 95%.

5. Aspectos bioéticos

El presente estudio cuenta con aprobación por el comité de ética del Hospital General San Francisco del IESS, con el código CEISH-HGSF-2022-034 (Anexo 3). El instrumento utilizado (encuesta) fue anónimo. Cada encuesta fue precedida por el llenado de un consentimiento informado (Anexo 2). Este estudio cumple con los principios éticos de la declaración de Helsinki para las investigaciones médicas en seres humanos. En todo momento, se respetó la decisión de los participantes en colaborar como sujetos de estudio y a la vez si desean retirarse. La información recolectada será confidencial y será utilizada solamente para los fines del estudio. No se aplicarán procedimientos de coacción o coerción.

Capítulo cuarto

Geohistoria y segregación socioespacial

1. Zona de estudio

El Distrito Metropolitano de Quito se encuentra constituido por 32 parroquias urbanas y 33 parroquias rurales. Con la Constitución del 2008, se define a Quito como un distrito metropolitano, por lo que le correspondía asumir las competencias de los gobiernos cantonales, provinciales y regionales, lo que lo convierte en una “ciudad-distrito-región”. El área urbana que corresponde a la ciudad de Quito se ha estructurado históricamente con diferencias espaciales que pueden ser enmarcadas como injusticias socio espaciales. Cuenta con ocho administraciones zonales.

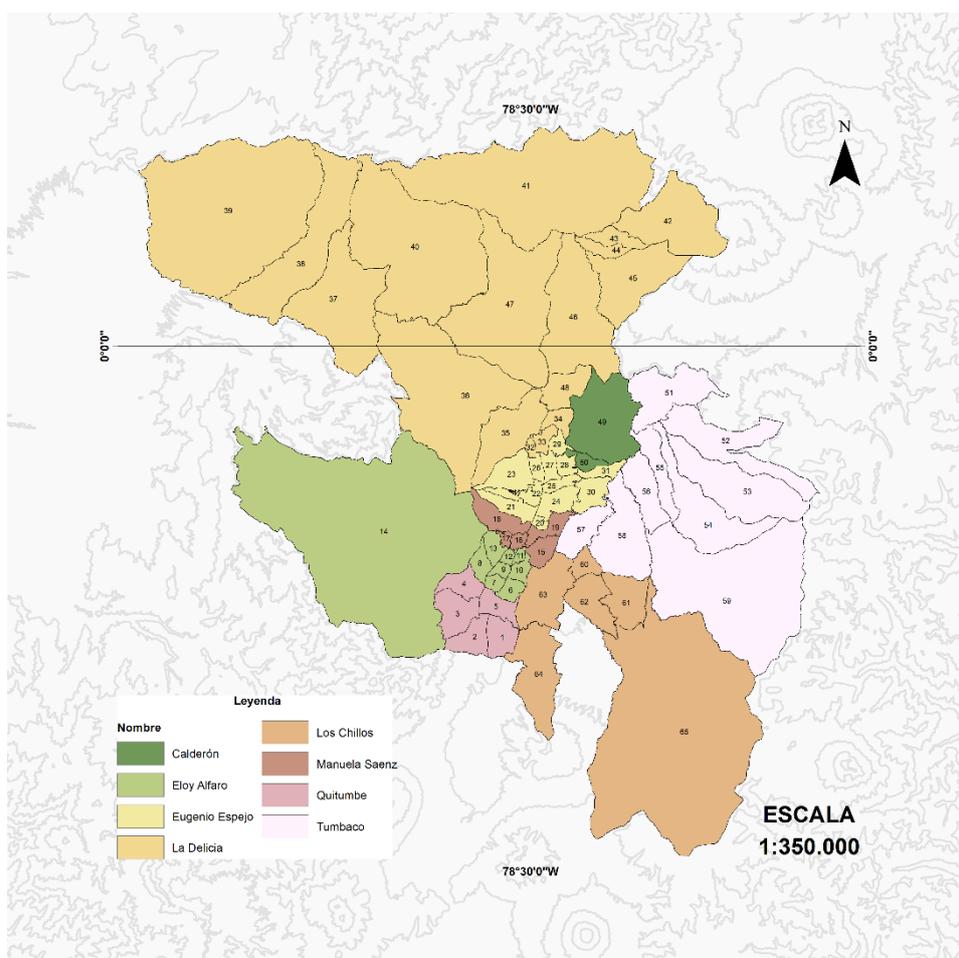


Figura 3. Mapa de las administraciones zonales del Distrito Metropolitano de Quito 2022. Elaboración propia.

2. Estructura geohistórica del Distrito Metropolitano

El análisis epidemiológico del comportamiento de una población como de la ciudad de Quito debe partir de un estudio de procesos que han condicionado el desarrollo urbano y además la paulatina segregación de las áreas para residencia, tal como lo indica el análisis realizado por (Breilh et al. 1983).

Para comprender el proceso salud-enfermedad, es necesario profundizar sobre una de las problemáticas del Distrito Metropolitano de Quito: su segregación espacial.

La segregación espacial de Quito yace en la conformación de distintas zonas o sectores sociales en los que habitan grupos humanos a diferentes condiciones de vida, tal como lo aborda la reproducción social, desde el análisis de las fuerzas productivas y relaciones de producción y las consecuencias políticas e ideológicas de la formación social.

En este contexto, se desarrollan facetas diferentes y específicas de la vida social: producción, intercambio, consumo, gestión, simbolismo, entre otras, configuradas a las determinaciones económicas y político- ideológicas.

2.1. Distribución social

Fenómeno particular cuyas determinaciones más inmediatas se remiten al proceso de urbanización de Quito, que caracteriza la zona metropolitana, probablemente el más acelerado del país. El proceso de urbanización articula tres hechos: ruptura de la estructura agraria, tenencia diferencial del suelo urbano y la implantación de la industria internacional.

Estos procesos históricos determinaron varios hechos consecuentes como la migración interna y externa, desplazamientos, etc. En la ciudad, la propiedad diferencial del espacio y la renta diferencial del suelo urbano se entrecruzan para conformar un cuadro de segregación en el consumo espacial, que conlleva indicadores como deficiencia de servicios.

El crecimiento de la ciudad mostraba la falta de coordinación entre la localización de los servicios, de la vivienda, y del empleo, por ello, mientras los espacios residenciales se ubicaban en las periferias de la ciudad, el empleo y los servicios siguen concentrados principalmente (54%) en la zona del hipercentro (8 de las 65 parroquias del DMQ).

Todo esto generó una ciudad disfuncional, debido al fenómeno de segregación de las parroquias, teniendo que, las que albergan la mayor cantidad de la población económicamente activa y en las que el crecimiento poblacional de las últimas décadas es el más alto (El Condado, Calderón, Quitumbe, Turubamba, etc.), son las más alejadas del hipercentro, generando importantes obstáculos de movilidad y acceso.

2.2. El valor económico

La conformación del espacio de consumo en el que se asienta la vivienda del ciudadano y habitante de Quito responde a la categoría que antecede: se adquiere a través de su equipamiento arquitectónico y de servicios, que pueden ser medidos a través del valor económico (renta diferencial).

El espacio de consumo establece las fronteras para su ocupación a través de su valor económico. De tal manera se puede distinguir en la ciudad espacios habitados predominantemente por clases sociales similares, en los que el espacio (equipamiento arquitectónico, servicios, relaciones de poder) establecen condiciones de consumo que, en su relación dialéctica con las condiciones de trabajo, determinan el nivel de vida y por lo tanto de su perfil de salud –enfermedad.

2.3. Evolución geohistórica y reproducción social

Capital fundada en 1534 al pie del Panecillo, contaba con 25 000 habitantes en 1780. En 2010, la ciudad de Quito superaba los 1,6 millones de habitantes (2,15 millones tratándose del área urbanizada metropolitana o Distrito Metropolitano de Quito-DMQ). Al 2022 la población llegó a los 2'872.351 habitantes. (Carrión 2012)

En el contexto de la evolución geohistórica, se evidencia la correlación de la evolución espacial (mancha urbana) y demográfica (densidad de la población).

El desarrollo urbano de Quito presentó tres períodos claramente identificados: el primero que va desde la Revolución Liberal hasta fines de la década de 1950, el segundo hasta fines del siglo pasado y el último que llega hasta la primera década del siglo actual. El origen de cada período lo definimos como «crisis urbana» y su desarrollo como de transición-estabilización. En suma, Quito, es un proceso cíclico de evolución, que estaría en consonancia con los cambios provocados en la articulación de las relaciones de producción y la socialización de las fuerzas productivas. (Carrión 2012, 520)

Debe señalarse que la política urbana del Municipio siempre privilegió al suelo urbano, pero asignándole, funciones diversas. Así hasta 1933, se tenía una política de valorización (producción) de la tierra urbana y otra de monetarización de la renta para los años 1970); y hacia 1960 más bien se mantuvo la propiedad de la tierra para el capital inmobiliario (Carrión 2012).

Según estudios de Henri Godard publicados en el Atlas infográfico de Quito (Instituto Geográfico Militar 1992) la evolución del modelo de funcionamiento de Quito y del DMQ es bastante cambiante y muestra las fases principales de los cambios

profundos de la capital de acuerdo a las transformaciones políticas, económicas y sociales:

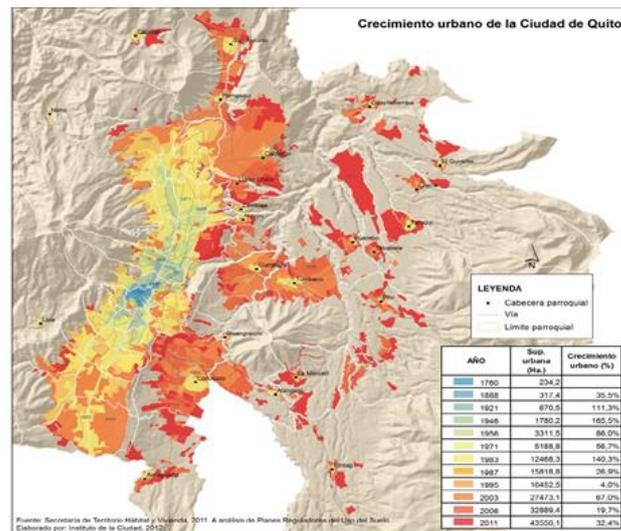


Figura 4. El crecimiento urbano en el DMQ.

Fuente: Instituto de la Ciudad 2022.

A consecuencia del desarrollo, la organización urbano-territorial de la ciudad mostró niveles de “desajuste”, relacionada con la consolidación de la mancha urbana de la ciudad: para el 1904, la ciudad alcanzó su más alta densidad histórica (276 habitantes/hectárea). Quito sufrió transformaciones urbanas, producto también de las relaciones de producción y la socialización de las fuerzas productivas. Fenómenos como la llegada del ferrocarril por el extremo sur, la incorporación de los servicios públicos básicos como agua potable, energía eléctrica, alcantarillado, y de construcción de parques, colegios, centros de salud dieron un nuevo carácter a la ciudad (Carrión 2012).

La organización urbana-territorial que emergió de la crisis urbana se constituyó a través de una distribución longitudinal de norte a sur, así tuvimos: los sectores de altos ingresos al norte y al sur los de menor ingresos.

En términos de organización, la modalidad definitivamente el alquiler, lo cual promovió la creación de una Liga de inquilinos en 1930, con el objetivo de cuidar los intereses de las personas no privilegiadas en términos económicos.

En ese contexto histórico, el poder del Municipio se limitó hacia lo que lo que se consideraba como lo urbano. Al evidenciarse esta diferenciación de las competencias entre el poder central y el local, se circunscribieron el poder del Municipio a una porción del territorio cantonal: la ciudad de Quito.

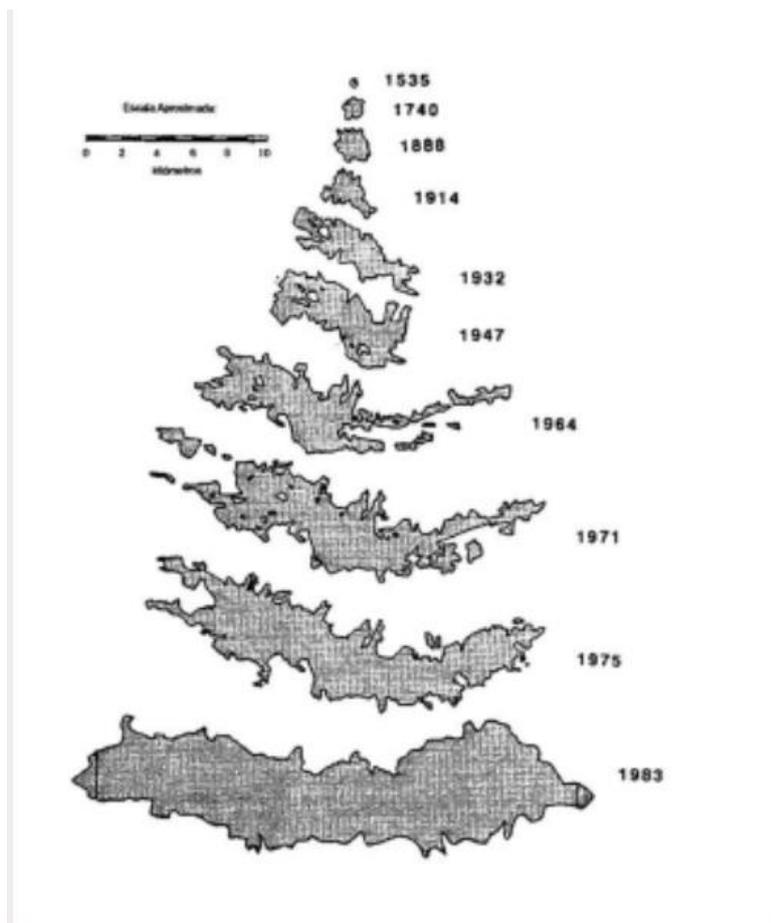


Figura 5. Crecimiento geohistórico de Quito.
Fuente: Instituto de la Ciudad 2022.

Luego para los años 1920–1950 se fue formando un modelo tripartito (división sur/centro/norte) que se impuso en los años 1950 con la aplicación incompleta del plan G. Jones Odriozola, en la que se complementó con los intentos de control del desarrollo futuro de la ciudad, con principalmente, la formulación de un Plan Regulador de la ciudad.



Figura 6. Centralidades Plan Jones Odriozola 1942.
Fuente: Instituto de la Ciudad 2022.

En tiempos de crecimiento económico como el de fines del boom bananero, en Quito se evidenció la consolidación de las zonas: norte, sur y centro, y también la

formación de gérmenes de centralidad en sus respectivos interiores: al norte la Mariscal Sucre, al sur la Villa Flora y al centro el “centro urbano”. Con el aumento de ingresos económicos por la exportación petrolera, se redefinió la concentración de la urbanización nacional y consecuentemente del papel de Quito. Es así que la ciudad se convirtió en el centro de mayor dinamismo del país (Carrión 2012).

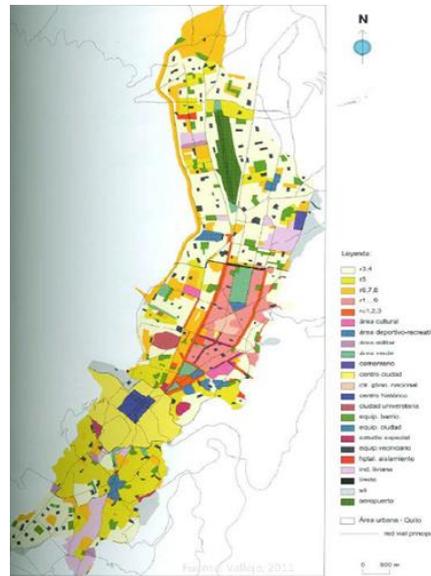


Figura 7. Plan Director de Urbanismo 1967.

Fuente: Instituto de la Ciudad 2022.

A partir de los años 1970, se superpone una división centro/periferia marcada por una segregación socioeconómica cada vez más fuerte.

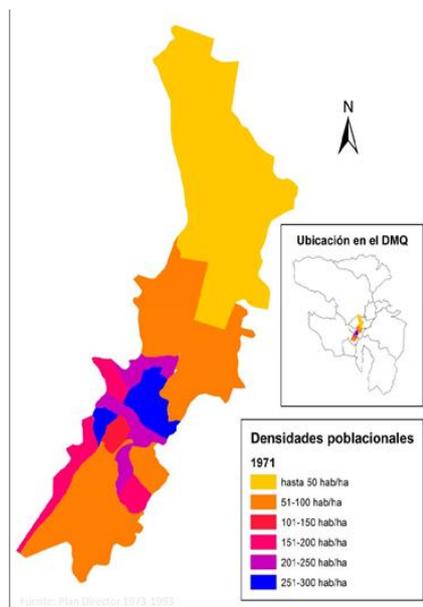


Figura 8. Plan Director de Urbanismo 1973.

Fuente: Instituto de la Ciudad 2022.

Esta segregación va del núcleo central hacia las zonas periféricas. Un nuevo modelo aparece en el año 2000 con la distribución en tres partes: norte/centro/sur de la

ciudad de Quito, después de lo cual, le sigue una división latitudinal en cinco sectores: el Centro; el norte; el extremo norte, el sur, el extremo sur. Por otro lado, los valles quiteños, se poblaban cada vez más y eran parte de la zona urbana de la ciudad (Carrión 2012).

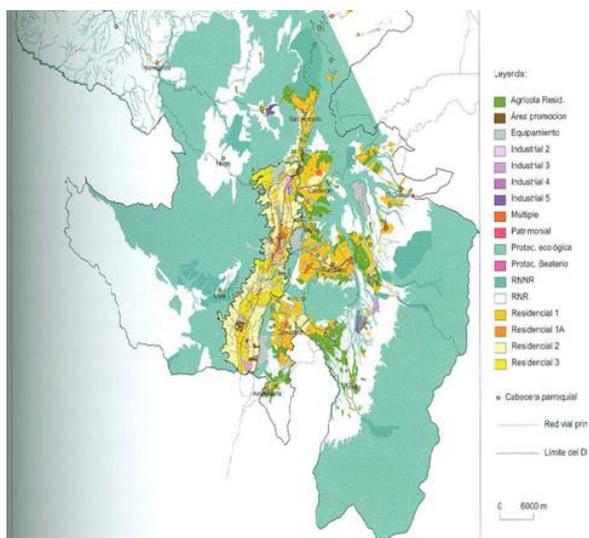


Figura 9. Plan de Desarrollo territorial 2000-2020.
Fuente: Instituto de la Ciudad 2022.

En 2017 el área metropolitana se asemeja a un guante: se pegan los dedos (valles) que se apoyan en vías rápidas construidas o en construcción (Carrión 2012)

En cuanto a la distribución de la población económicamente activa, la diferencia entre la distribución espacial de la población económicamente activa y los empleos existentes en los años noventa es evidente: el empleo disponible se agrupa en la zona del hipercentro donde se concentra el 54% de empleo y apenas el 15% de la población económicamente activa. Al 2010, Quito constituía una capital monocéntrica, en cuanto a la concentración del empleo.

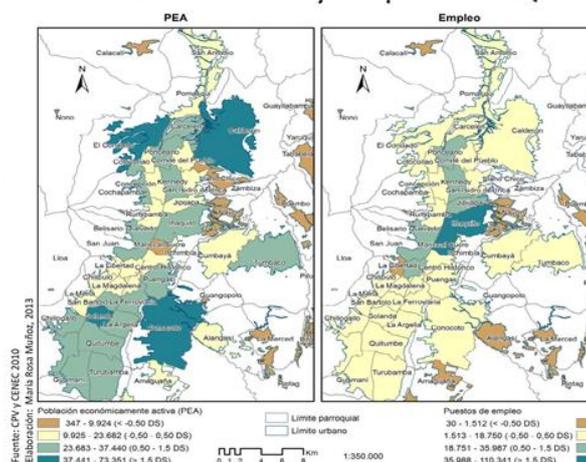


Figura 10. Población económicamente activa vs. empleo.
Fuente: Instituto de la Ciudad 2022.

Al 2010 se evidencia la existencia de un sistema policéntrico de ciudad en el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ). Se identificaron 3 centros y 11 subcentros de actividad económica ubicados en la zona urbana (Carrión 2012).

Según un análisis del (Instituto de la Ciudad 2022), para el 2010, se observa que ciertas parroquias responderían a una correlación espacial de acuerdo a sus densidades de población, empleo y vivienda.

Según el análisis se divide a Quito urbano en tres sectores: el aporte a la actividad económica del DMQ se encuentra localizado en cuatro zonas administrativas del DMQ y los cuales contienen los subcentros económicos distribuidos de la siguiente manera:

1. Quitumbe (Guamaní, Turubamba, La Ecuatoriana); donde el 95% del total del empleo está en la manufactura, y ventas al por mayor.
2. Eloy Alfaro (Solanda, San Bartolo, La Ferroviaria) donde el 75% de empleo está en el sector terciario enfocado en las ventas al por menor. En esta zona se encuentra nuestra área de estudio: lucha de los humildes, en la ferroviaria media.
3. Eugenio Espejo (Belisario Quevedo y Concepción) donde el 77% de empleo está en el sector terciario. En esta zona se encuentra nuestra zona de estudio, Granda Centeno.
4. La Delicia (Cotocollao, Ponceano, El Condado), donde el 23% del empleo en el sector comercial; el 70% está en el sector terciario.

3. Niveles socioeconómicos en la ciudad de Quito

Para la identificación de los niveles socioeconómicos de la ciudad de Quito, se consideró como unidad espacial de análisis el sector censal definido por el (INEC 2020) y las variables levantadas en el Censo de Población y Vivienda 2010.

Los criterios y variables analizadas para realizar la evaluación multicriterio fueron: condición de vivienda (tipo de vivienda, tipo de techo, tipo de pared, tipo de piso, servicio higiénico del hogar, servicio de ducha del hogar, hacinamiento) servicios básicos (como se obtiene agua para la vivienda, eliminación de aguas servidas, disponibilidad de luz eléctrica, eliminación de los desechos sólidos); educación (nivel de instrucción) y sectores económicos (sectores económicos primario, secundario o terciario).

En el mapa (figura 11) se observa los diferentes niveles socioeconómicos presentes en la ciudad de Quito, la representación se simboliza desde el verde al rojo, siendo el verde la zona donde existen los mejores niveles socioeconómicos y en rojo se representa las zonas con las peores condiciones socioeconómicas.

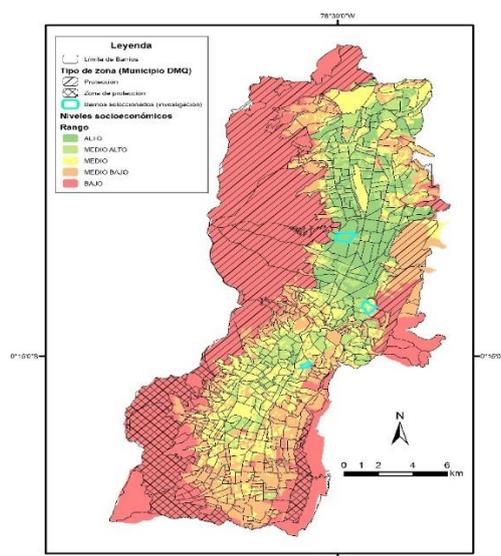


Figura 11. Niveles socioeconómicos en el Distrito Metropolitano de Quito.
Fuente: INEC 2020.

4. Segregación espacial o injusticia socioespacial

Conociendo ya el contexto espacial de la ciudad de Quito, ahora es importante analizar el proceso de transmisión del virus pandémico, desde en contexto histórico y geográfico:

El Distrito Metropolitano de Quito figura como una ciudad que ha atravesado varios procesos de conformación en varios aspectos como el crecimiento espacial, poblacional, industrial y económico. Además, es la ciudad más poblada del país según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos para el 2020. Las condiciones de vida de los conglomerados sociales (alto: empresarios e industrias; medio: técnicos, profesionales, militares, policías, agricultores, trabajadores; bajo: trabajadores, agricultores y comerciantes de baja cualificación) han permitido una diferenciación de la ciudad según su equipamiento arquitectónico, valor económico, valor ideológico y clases sociales.

Para fines de los 90's, Breilh describía a Quito:

De acuerdo con la composición social de la ciudad, existen 4 zonas:

- o Zona 1: Residencial (30% de la clase social) grupos medios altos
 - o Zona 2: Residencial media (30% de la clase media)
 - o Zona 3: Popular media (40% de la clase media, asalariados y subasalariados)
 - o Zona 4: Asentamientos informales (80% de subasalariados y asalariados).
- (Breilh et al. 1983, 91)

Existe segregación espacial de los 2 sectores subasalariados y asalariados: el distrito norte concentra casi el 40% del área residencial y el distrito central tienen 13% del área residencial para el 20% de la población total. Existen brechas visibles en cuanto

a calidad de vida entre barrios informales, ya que, existen zonas que concentran riqueza de todo tipo: económica, servicios y equipamientos, comparado a otros espacios en condiciones físicas, sociales, económicas y ambientales escasas. Justamente son los barrios con menor calidad de vida, los que concentran la mayor población del distrito, así como los más problemáticos en temas sociales tales como inseguridad, desempleo, violencia, abandono escolar, falta de transporte, entre otros.

La segregación espacial es marcada, y se relaciona directamente, como se evidencia en la literatura, con la calidad de vida y las condiciones socioeconómicas de la ciudad, por lo cual, es la base de nuestro estudio en el que pretendemos corroborar el rol del espacio en el acceso a información sobre las medidas contra el COVID-19, incluyendo las categorías de justicia y segregación espacial en el análisis de esta problemática.

Capítulo quinto

Caracterización del espacio y del acceso a la información

Resultados

1. Caracterización de los barrios encuestados

De las 173 encuestas, el 18,5 % corresponden a la Lucha de los humildes; 58,4% de la Vicentina y 23,1% de Granda Centeno. El 82,1% residen más de dos años en su barrio y el 10,4% solamente 2 años. El 61,3% de los encuestados eran jefes/as de hogar.

De todos los encuestados, existió predominancia de mujeres con el 54,9%, mientras que los hombres representaron un 45,1%. El 96% de los encuestados se auto identificaron como mestizos; el 2,3% como indígenas y 1,7% como montubios. Se encuestó a todos los grupos etarios mayores de 18 años, teniendo en su mayoría a población de adultos de 40 a 64 años seguido de adultos jóvenes de 20 a 39 años.

En cuanto al tipo de familia encuestada se tuvo a varios tipos de familia entre los cuales se encuentra nuclear con o sin hijos, unipersonal y ampliada, de las cuales predominó la nuclear sin hijos con 50,9%.

El 67,1% de los encuestados se encontraban afiliados a algún seguro. En cuanto al acceso a internet, el 93,1% de los encuestados tenían acceso. Además, el 96,5% tiene Televisión y el 98,8% cuenta con celular. El 89% de los encuestados respondió que algún miembro de su familia se encuentra registrado en una red social. El 33% de los encuestados tiene dos o más redes sociales, el 27% está inscrito en dos redes y el 20,8% está inscrito sólo en WhatsApp.

La caracterización de los barrios encuestados se podrá ver en la Tabla 4.

Tabla 4
Caracterización de los barrios en estudio

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Barrio de residencia		
La lucha de los Humildes	32	18,5
Granda Centeno	40	23,1
La Vicentina	101	58,4
Tiempo de residencia		
2 años	18	10,4
Más de 2 años	142	82,1
Jefe/a del hogar		
Si	106	61,3
No	67	38,7
Sexo		

Masculino	78	45,1
Femenino	95	54,9
Etnia		
Indígena	4	2,3
Mestizo	166	96
Montubio	3	1,7
Grupo etario		
18 a 20 años	2	1,3
21 a 39 años	57	37,7
40 a 64 años	69	45,7
65 y más	23	15,2
Tipo de familia		
Unipersonal	2	1,2
Nuclear sin hijos	88	50,9
Nuclear con hijos	41	23,7
Ampliada	42	24,3
Afiliación a seguro		
Si	116	67,1
No	57	32,9
Acceso a internet		
Si	161	93,1
No	12	6,9
Tiene Tv		
Si	167	96,5
No	6	3,5
Tiene celular		
Si	171	98,8
No	2	1,2
Tienen los miembros de la familia registro en alguna red social		
Si	154	89
No	13	7,5
No sé	6	3,5
Redes sociales por familia		
Whatsapp	36	20,8
Instagram	6	3,5
Twitter	1	0,6
Facebook	13	7,5
Dos Redes	47	27,2

Fuente y elaboración propias.

En cuanto al número de personas que viven dentro de la casa, de todos los encuestados, el 42,4% indicó que viven más de tres personas en la casa. Según el nivel socioeconómico, se tiene que el 71,9% de los encuestados del nivel socioeconómico bajo indicaron que viven más de tres personas en su casa. Asimismo, en el nivel socioeconómico bajo predominó esta característica con el 40%, mientras que, en el nivel socioeconómico alto, el 35% indicó que viven dos personas en su casa (Figura 12).

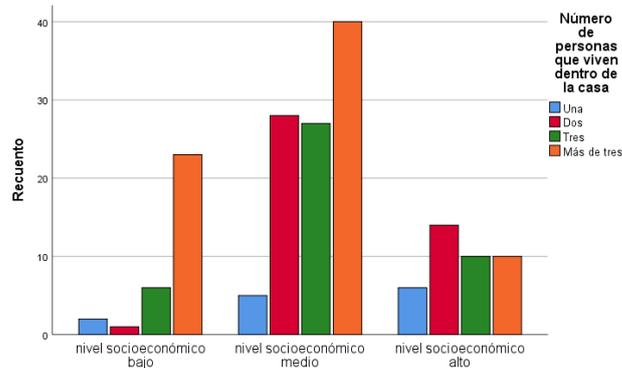


Figura 12. Número de personas que viven en casa de acuerdo al nivel socioeconómico.
Fuente y elaboración propias.

En cuanto al nivel de estudios, de todos los encuestados, el 45,7% completaron la universidad; el 27,8 de todos los encuestados completo el bachillerato; el 9,9% no completaron la secundaria; el 4% completaron la primaria y el 2% no la completaron. El 0,7% de los encuestados no tenía estudios y el 9,9% tenía estudios de cuarto nivel. Los estudios de tercer nivel fueron registrados en su mayoría en los niveles socioeconómicos medio y alto con el 47,5% y el 45%, respectivamente (Figura 13).

En el nivel socioeconómico bajo predominó los estudios de bachiller con 34,4% seguido de la universidad y la secundaria incompleta. El 0,7% de los encuestados registrado sin estudios pertenece al nivel socioeconómico medio. El nivel socioeconómico bajo y medio registra población con primaria incompleta y completa y secundaria. El nivel socioeconómico alto registra población que cuenta desde bachiller, tercer nivel hasta cuarto nivel con 25%; 45% y 30% respectivamente (Figura 13). La relación entre el nivel de estudios con el acceso a internet y a celular resultó estadísticamente significativa, a diferencia de su relación con el acceso a la televisión.

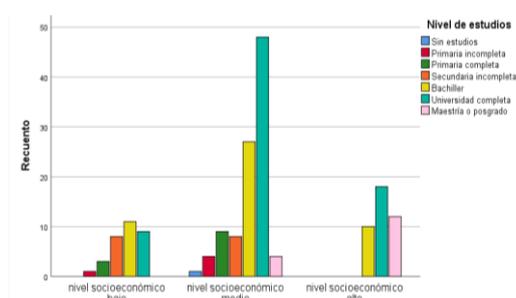


Figura 13. Nivel de estudios de acuerdo al nivel socioeconómico.
Fuente y elaboración propias.

Para el análisis de la ocupación, se utilizó la Clasificación Internacional modificada de ocupaciones ISCO de “cuello blanco y cuello azul o de las ocupaciones no manuales y manuales” (White and blue collar), la cual permite un análisis simplificado según las tareas y tipo de trabajo manual (Choi, Yoon, y Lee 2020) , es así que, el término de trabajador de cuello azul se utiliza para señalar a trabajadores de tareas manuales y obreros; mientras que los de cuello blanco son los administrativos y de gestión.

El 62,4% de los encuestados son White collar y el 37,5% son blue collar. En el nivel socioeconómico bajo, predomina los blue collar con el 71,9%; mientras que en los niveles socioeconómicos medio y alto, predomina los White collar con 65,3% y 82,5%, respectivamente (Figura 14).

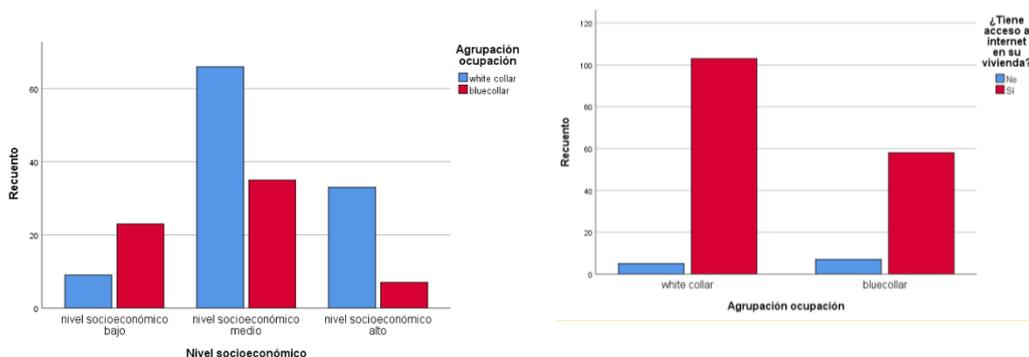


Figura 14. Ocupación por nivel socioeconómico y acceso a internet por grupo de ocupación. Fuente y elaboración propias.

En cuanto a la relación entre la ocupación y el acceso a internet, se encontró que con p de 0,124 el resultado no es estadísticamente significativo.

Con respecto a la agrupación por tipo de familia, en el nivel socioeconómico bajo predomina la familia ampliada con el 43,8%; mientras que en el nivel socioeconómico medio predomina con el 53,5%, la familia nuclear sin hijos, al igual que en el nivel socioeconómico alto, con 70%. (Figura 15) La relación entre el tipo de familia con las variables de acceso a internet, celular y televisión no fue estadísticamente significativa con una p de 0,14.

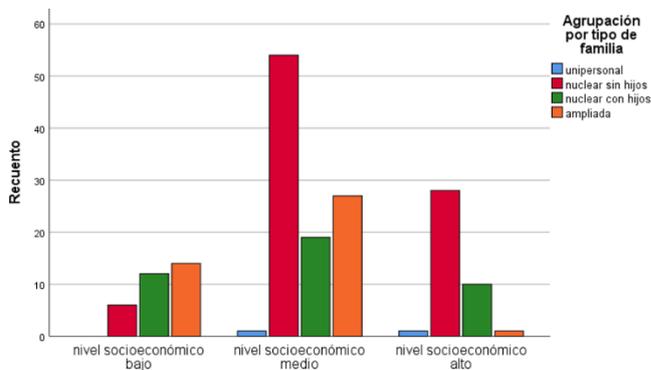


Figura 15. Tipo de familia según nivel socioeconómico. Fuente y elaboración propias.

En cuanto a la afiliación a algún seguro, en el nivel socioeconómico bajo, el 53,1% cuenta con seguro mientras que el 46,9% no lo tiene, siendo la diferencia mínima de 6,2 puntos porcentuales. En el nivel socioeconómico medio la diferencia es más llamativa con un 67,3% que cuentan con seguro y un 32,7% que no cuentan con el mismo. En el nivel socioeconómico alto, la diferencia entre los que tienen y los que no tienen seguro es más marcada con 55 puntos porcentuales, a favor de quienes tienen seguro con 77,5%. (Figura 17)

De todos quienes tuvieron seguro, el 54,4% indicaron tener seguro social del IESS, seguido de 9,2 de seguro privado (Figura 16).

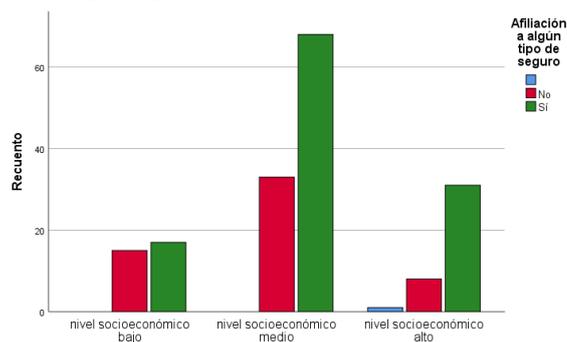


Figura 16. Afiliación a seguro según nivel socioeconómico.
Fuente y elaboración propias.

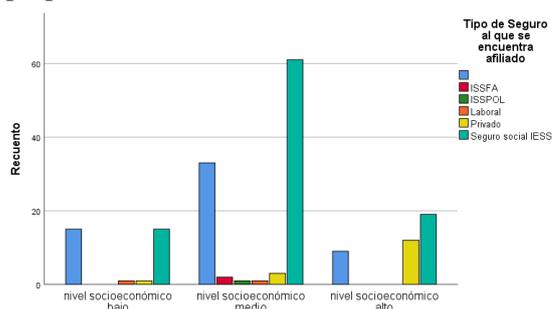


Figura 17. Tipo de seguro según nivel socioeconómico.
Fuente y elaboración propias.

En cuanto al acceso a internet, en el nivel socioeconómico bajo, el 87,5% de los encuestados tienen Internet, con un mínimo de 12,5% que no tiene acceso al mismo; asimismo, en el nivel socioeconómico medio el 92,1% tiene internet con un 7,9% que no tiene; mientras que en el nivel socioeconómico alto el 100% tiene acceso a internet. (Figura 18) La relación del nivel socioeconómico con el acceso a internet no resultó estadísticamente significativa con un valor de p de 0.097.

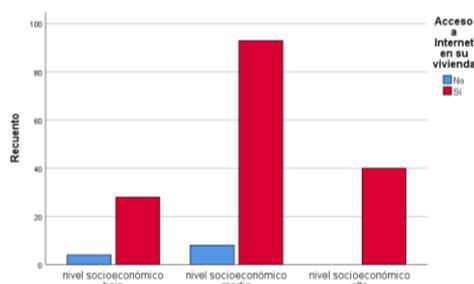


Figura 18. Acceso a internet según nivel socioeconómico.
Fuente y elaboración propias.

De todos los encuestados que indicaron tener acceso a internet, el 86,75% señalaron que lo utilizan siempre que están en casa; un 4,82 a veces y 4,22% dijeron que nunca utilizan. En el nivel socioeconómico bajo, el 71,9% utiliza siempre el internet; el 6,3% a veces y un 9,4% nunca. En el nivel socioeconómico medio, el 85,1% utiliza siempre que está en casa el internet; 5,9% lo utiliza a veces y 4% nunca. Mientras que, en el nivel socioeconómico alto, el 87,5% lo utilizan siempre y 12,5% casi siempre. (Figura 19).

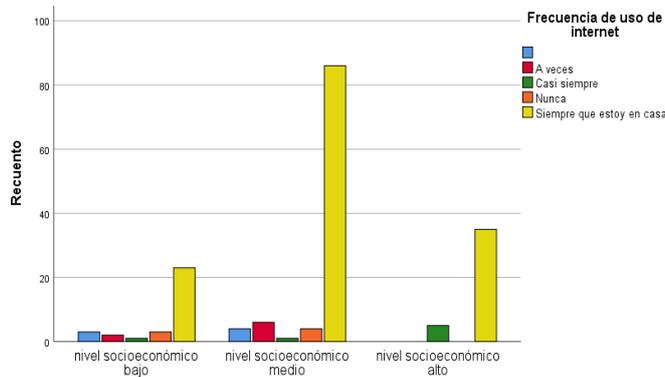


Figura 19. Frecuencia de uso de internet según nivel socioeconómico.
Fuente y elaboración propias.

Con respecto a si tiene televisión, en los tres niveles socioeconómicos tienen, con variaciones en sus porcentajes, como es el caso del nivel socioeconómico bajo donde el 100% tiene televisión; el 96% del nivel socioeconómico medio tiene televisión y un 4% que no tienen; mientras que en el nivel socioeconómico alto un 95% tiene televisión y 5% no lo tiene. (Figura 20) La relación del nivel socioeconómico con el acceso a televisión no resultó estadísticamente significativa con un valor de p de 0.472

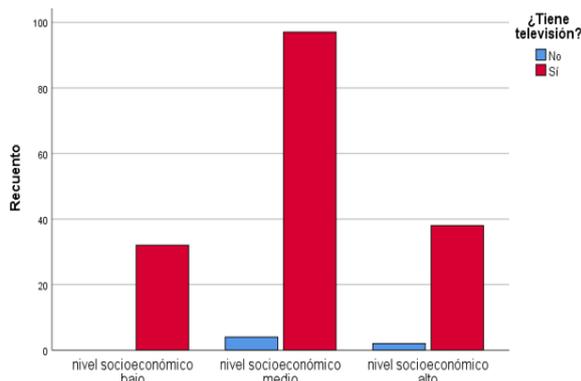


Figura 20. Uso de televisión según nivel socioeconómico.
Fuente y elaboración propias.

En cuanto a si tienen celular, la población de los tres niveles socioeconómicos tienen acceso, con variaciones porcentuales, tal es el caso del nivel socioeconómico bajo y alto que tienen en un 100% acceso a celular, mientras que, en el nivel medio, el 98% tienen celular y un 2% no lo tiene. (Figura 21) La relación del nivel socioeconómico con el acceso a celular no resultó estadísticamente significativa con un valor de p de 0.48

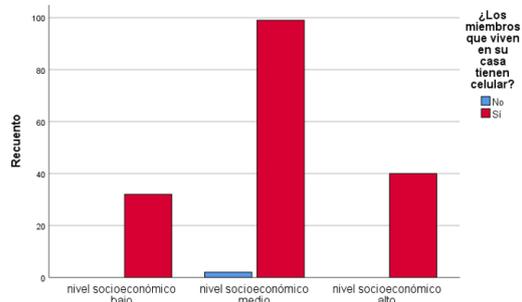


Figura 21. Uso de celular según nivel socioeconómico.
Fuente y elaboración propias.

Acerca de si conoce si hay miembros de su familia registrados en una red social, en el nivel socioeconómico bajo, el 78,1% de los encuestados aseguró que, si hay miembros de su familia registrados en una red social, un 18,8% que no está registrado y un 3,1% que no sabe. En el nivel socioeconómico medio el 90,1% de los encuestados aseguró que hay miembros de su familia registrados, un 6,9% que no están registrados y 3% que no sabe; mientras que en el nivel socioeconómico alto el 95% de los encuestados aseguró que hay miembros de su familia registrados y un 5% que no saben. (Figura 22)

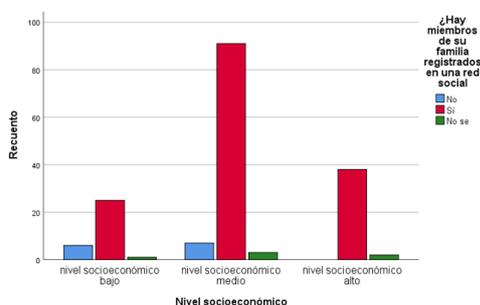


Figura 22. Miembros de la familia registrados en una red social según nivel socioeconómico.
Fuente y elaboración propias.

En cuanto a las redes sociales por familia, en los tres niveles socioeconómicos se registró WhatsApp, con 11,5%; 15,6% y 46,2% en los niveles bajo, medio y alto, respectivamente. Instagram se registró en el nivel socioeconómico alto con un 15,4%; Twitter en el nivel socioeconómico medio con 1%; Facebook en los tres niveles socioeconómicos, con 3,8; 1; y 28,2% en los niveles bajo, medio y alto, respectivamente. El registro más alto de dos redes se presentó en el nivel socioeconómico bajo con 50%, seguido del nivel socioeconómico medio con 34,4% y el 2,6% en el nivel socioeconómico

alto. El registro de 2 o más redes con mayor porcentaje se dio en el nivel socioeconómico medio con 47,9%, seguido del nivel bajo con 34,6% y del alto con 7,7% (Figura 23).

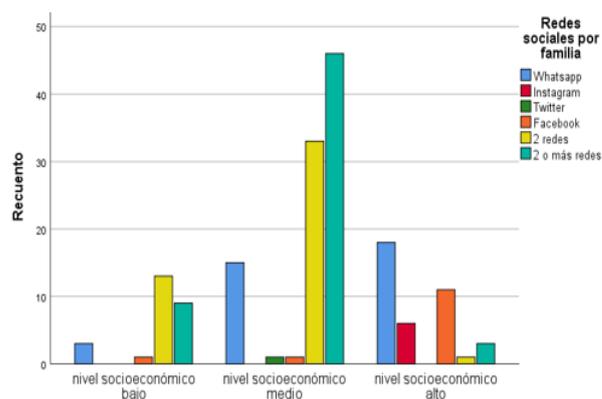


Figura 23. Redes sociales por familia según nivel socioeconómico.
Fuente y elaboración propias.

2. Redes de solidaridad de los tres barrios en estudio

Con respecto a la percepción sobre el barrio y las redes de solidaridad del mismo, el 45,1% de los encuestados en los tres niveles socioeconómicos describieron a su barrio como tranquilo; el 15,6% como seguro; y en menores porcentajes como unido, inseguro, con buena ubicación y desorganizado. El 45,8% de los encuestados describieron a su barrio como muy seguro; mientras que el 27,7% lo describió como inseguro. (Tabla 2)

En cuanto a la cohesión social, acerca de la participación en actividades del barrio, el 49,7% de todos los encuestados afirmaron que nunca han participado, y el 12,7% ha participado siempre. Acerca de la solidaridad entre vecinos durante la pandemia, el 34,7% señala que a veces, existió solidaridad como primordial entre vecinos durante la pandemia y el 29,5% que nunca existió solidaridad.

Acerca de la pertenencia al barrio, el 67,1% señaló que sus hijos no estudiaron o estudian en una escuela de su barrio. Acerca de la atención médica durante la pandemia, el 69,9% aseguró que no acudió al centro de salud más cercano. Acerca de la entrega de información sobre las medidas contra el COVID-19, el 49,7% señaló que su centro de salud más cercano no brindó charlas informativas, mientras que el 24,9% no sabe. El 34,7% señaló que la escuela donde estudian sus hijos brindó información sobre las medidas contra el COVID-19, mientras que el 27,7% no sabía (Tabla 5).

Tabla 5
Redes de solidaridad de los tres barrios en estudio

CARACTERÍSTICAS		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Característica	del		
barrio			
Buena ubicación		7	4

Unido	22	12,7
Desorganizado	3	1,7
Inseguro	12	6,9
Seguro	27	15,6
Ordenado	24	13,9
Tranquilo	78	45,1
Percepción de seguridad en el barrio		
Muy seguro	74	45,8
Regularmente seguro	24	13,9
Inseguro	48	27,7
Regularmente inseguro	17	9,8
Totalmente inseguro	10	5,8
Participación en actividades del barrio		
Siempre	22	12,7
Casi siempre	23	13,3
A veces	42	24,3
Nunca	86	49,7
Solidaridad entre vecinos durante la pandemia		
Siempre	32	18,5
Casi siempre	30	17,3
A veces	60	34,7
Nunca	51	29,5
Educación de sus hijos en escuela de barrio		
No	116	67,1
Sí	57	32,9
Atención en centro de salud más cercano durante la pandemia		
No	121	69,9
Sí	52	30,1
Obtención de información a través de charlas del centro de salud cercano		
No	86	49,7
Sí	44	25,4
No sé	43	24,9
Obtención de información a través de charlas de la escuela sobre medidas contra COVID		
No	45	26
Sí	60	34,7
No sé	48	27,7

Fuente y elaboración propias.

En cuanto a la descripción del barrio, las características positivas como tranquilo, ordenado, seguro, fueron señaladas en los tres niveles socioeconómicos. Las características negativas como desorganizado, solamente se señaló en nivel socioeconómico bajo y medio con 6,3% y 1%, respectivamente. La característica inseguro

fue señalada en los tres niveles socioeconómicos, siendo el nivel bajo el que tiene mayor porcentaje con 15,6%; seguido del nivel medio con 5,9% y del alto con 2,5% (Figura 24).

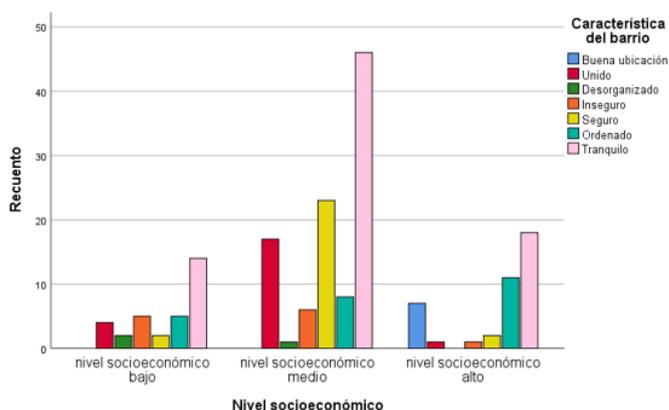


Figura 24. Percepción del barrio según nivel socioeconómico.
Fuente y elaboración propias.

En cuanto a la percepción de seguridad, el nivel socioeconómico medio destaca con 59,4% de los encuestados que perciben al barrio como muy seguro, seguido del nivel socioeconómico bajo y finalmente el alto. El 12,5% de los encuestados del nivel socioeconómico bajo lo perciben como totalmente inseguro; mientras que el 5% de los encuestados del nivel socioeconómico alto lo perciben como totalmente inseguro, asimismo el 4% en el nivel socioeconómico medio (Figura 25).

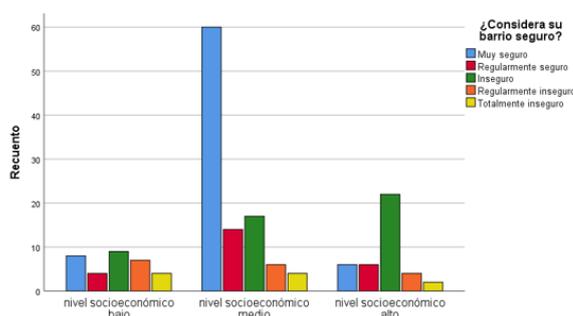


Figura 25. Percepción de la seguridad del barrio según nivel socioeconómico.
Fuente y elaboración propias.

En cuanto a la pertenencia al barrio, el 75,7% señaló que si le preguntan dónde vive responde siempre con sinceridad y orgullo; mientras que el 24,3% nunca responde de la misma manera. De todos los encuestados en el nivel socioeconómico bajo, el 75% responde con orgullo dónde vive; mientras que el 18,8% señalaron que nunca dicen con orgullo el barrio donde viven. En el nivel medio, el 79,2% responde siempre con orgullo, mientras que solo el 3% señalaron que nunca dicen con orgullo. Por otro lado, en el nivel socioeconómico alto, el 67,5% responde siempre con orgullo, mientras que solo el 2,5% señalaron que nunca dicen con orgullo el barrio dónde viven (Figura 26).

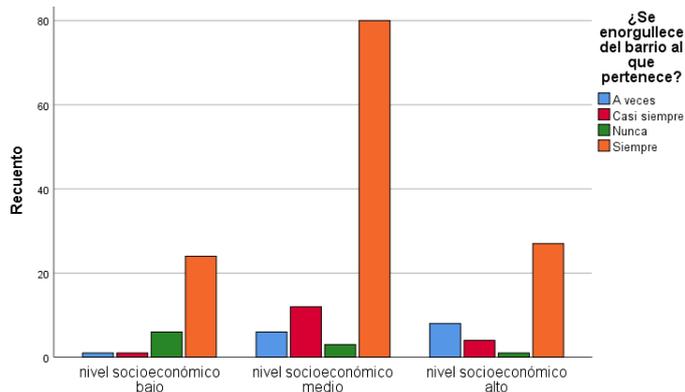


Figura 26. Identidad con su barrio según nivel socioeconómico.
Fuente y elaboración propias.

En cuanto a la cohesión social, acerca de la presencia de mingas de apoyo para las personas más afectadas por la pandemia, el 43,4% de todos los encuestados, señaló que a veces existieron este tipo de mingas en su barrio, mientras que el 38,2 señaló que nunca existieron. En el nivel socioeconómico bajo, el 68,8% aseguró que nunca existieron este tipo de mingas en este barrio; mientras que en el nivel medio el 44,6% indicó que a veces existieron estas mingas. Asimismo, en el nivel alto, el 62,5% indicó que a veces existieron estas mingas (Figura 27). Se realizó prueba de chi cuadrado para determinar la relación entre esta variable con la obtención de información a través de la directiva del barrio y resultó que existe una asociación estadísticamente significativa con p de 0,016

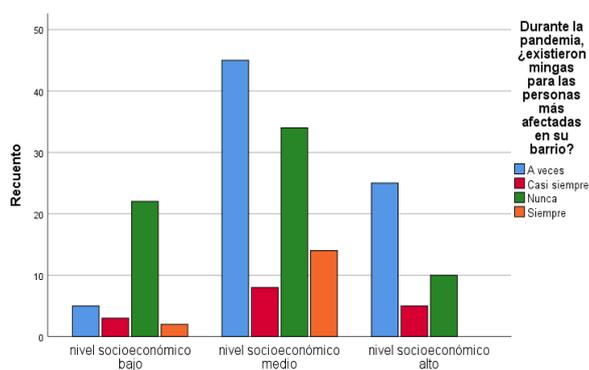


Figura 27. Cohesión social. (Mingas) según nivel socioeconómico.
Fuente y elaboración propias

En cuanto a si participaron en actividades de apoyo en el barrio, en el nivel socioeconómico bajo, el 62,5% indicó que nunca participó en estas actividades. Dentro del nivel socioeconómico medio: el 40,6% indicó que nunca participó de estas actividades, mientras que el 28,7% indicó que participó a veces (Figura 28).

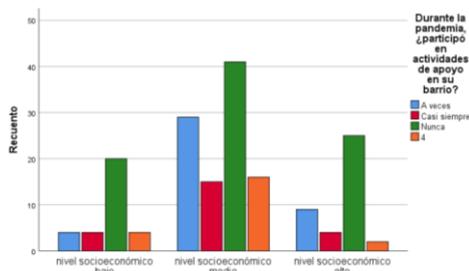


Figura 28. Cohesión social (participación) según nivel socioeconómico.
Fuente y elaboración propias.

En cuanto a la solidaridad como valor primordial entre vecinos durante la pandemia, el 53,1% del nivel socioeconómico bajo indicó que nunca consideró a la solidaridad como primordial; mientras que el 32,7% del nivel socioeconómico medio consideró a veces a la solidaridad como primordial en su barrio. Asimismo, el 57,5% del nivel socioeconómico alto consideró a veces a la solidaridad como primordial en su barrio (Figura 29).

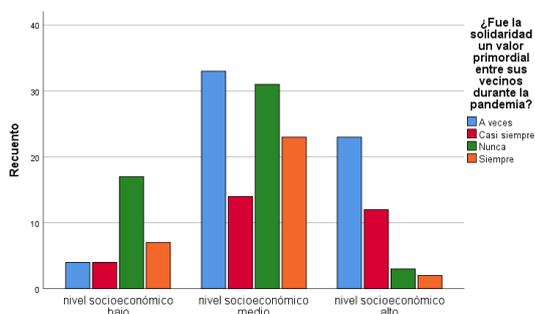


Figura 29. Cohesión social (solidaridad) según nivel socioeconómico.
Fuente y elaboración propias.

En cuanto a si sus hijos estudiaron en una escuela del barrio, el 56,3% de la población del nivel socioeconómico bajo indicó que sus hijos no estudiaron en una escuela de su barrio. Asimismo, el 57,4% del nivel socioeconómico medio indicó que sus hijos no estudiaron en una escuela del barrio. El 100% del nivel socioeconómico alto indicó que sus hijos no estudiaron en una escuela del barrio (Figura 30).

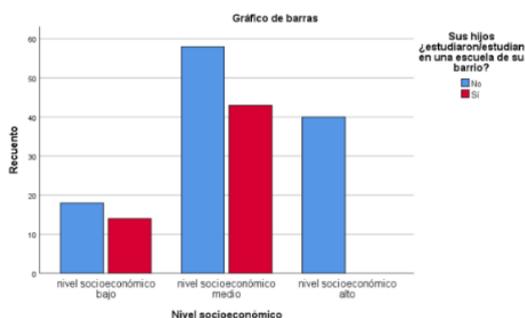


Figura 30. Pertenencia al barrio (escuela) según nivel socioeconómico.
Fuente y elaboración propias.

3. Medio a través del cual obtuvo información sobre medidas contra COVID-19

En cuanto a la obtención de atención médica, los tres niveles socioeconómicos indicaron que no acudieron al centro de salud más cercano, con 62,5% en el nivel socioeconómico bajo; 69,3% en el nivel medio y 77,5% en el nivel socioeconómico alto (Figura 31). Se realizó una prueba de chi cuadrado para establecer asociación entre el nivel socioeconómico y la asistencia a centro de salud, lo cual resultó no ser estadísticamente significativo con una p de 0,3.

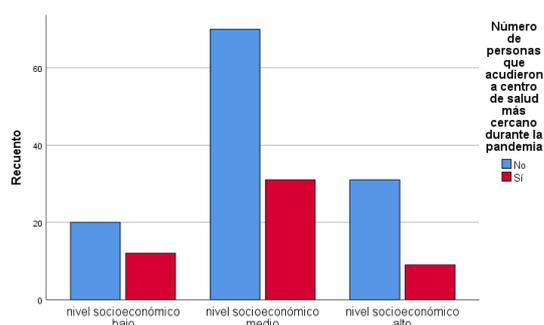


Figura 31. Número de personas que acudieron a centro de salud según nivel socioeconómico. Fuente y elaboración propias.

Del 69,9% que no acudieron al centro de salud más cercano para obtener atención médica, el 40, 6% y 45,5% de los niveles socioeconómicos bajo y medio, respectivamente, fue debido a que no pudieron obtener turno, mientras que el 60% del nivel socioeconómico alto fue porque prefieren acudir a un médico particular (Figura 32).

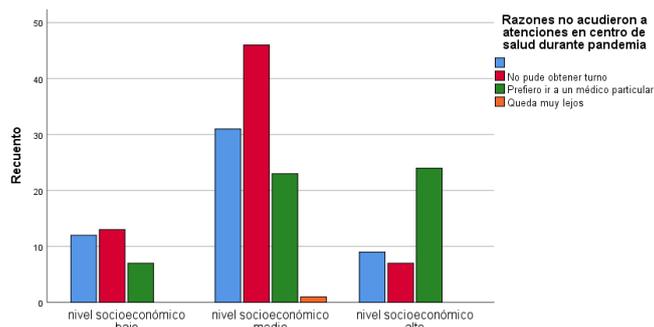


Figura 32. Causas no atenciones en centro de salud según nivel socioeconómico. Fuente y elaboración propias.

Acerca de la obtención de información, el 62,5% del nivel socioeconómico bajo afirma que el centro de salud cercano no brindó charlas a su barrio sobre medidas contra el COVID-19. El 45,5% del nivel socioeconómico medio indicó que tampoco el centro

de salud más cercano brindó charlas sobre medidas contra COVID-19. Al igual que el 50% del nivel socioeconómico alto (Figura 33).

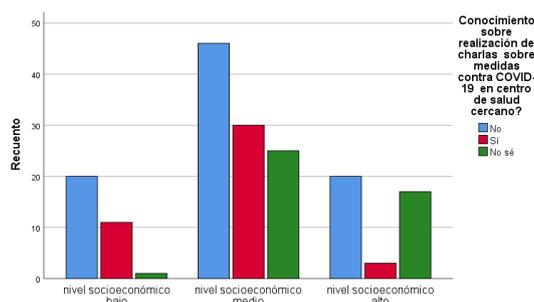


Figura 33. Conocimiento sobre realización de charlas sobre medidas contra COVID según nivel socioeconómico.

Fuente y elaboración propias.

Acerca de la obtención de la información, el 56,3% del nivel socioeconómico bajo afirmó que, en la escuela, sus hijos recibieron alguna charla sobre medidas preventivas sobre COVID. El 35,6% del nivel socioeconómico medio y el 47,5% del nivel alto indicaron que sus hijos no recibieron ninguna charla sobre medidas contra COVID-19.

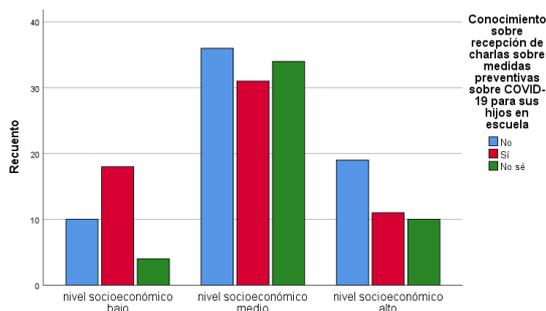


Figura 34. Conocimiento sobre realización de charlas sobre medidas según nivel socioeconómico. Fuente y elaboración propias.

En cuanto al medio a través del cual obtuvo información de las medidas contra COVID-19, la televisión es el medio más utilizado en el 2020 y 2022 con el 73,4% y 60,7%, respectivamente. En el 2020 le sigue la WhatsApp con 9,2% y la prensa escrita con 6,4%. En el 2022, la Tv es seguida por WhatsApp con 18,5% y la radio local con 6,9%.

Tabla 6

	2020		2022	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Escuela	0	0	9	5,2
Facebook	9	5,2	3	1,7
Radio	1	0,6	12	6,9
Televisión	127	73,4	105	60,7
Twitter	5	2,9	2	1,2
Vecinos	2	1,2	6	3,5
Prensa escrita	11	6,4	4	2,3
Centro de salud	1	0,6	0	0,0

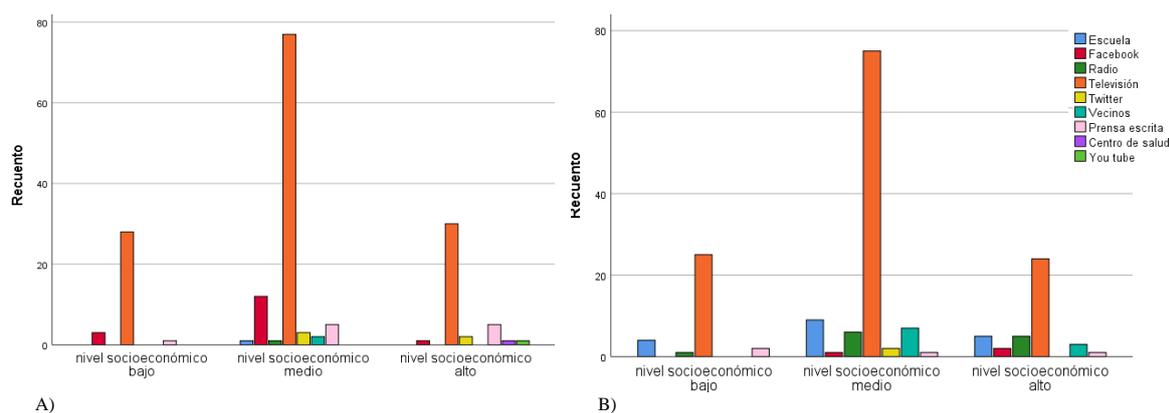
You Tube	1	0,6	0	0,0
Whatsapp	16	9,2	32	18,5

Fuente y elaboración propias.

En el nivel socioeconómico bajo, la televisión consta como el medio a través del cual se obtuvo la mayor cantidad de información sobre las medidas contra el COVID-19 con el 87,5% en el 2020 sin embargo disminuye 9,4 puntos porcentuales en el 2022. Le sigue Facebook con 6,3% en el 2020 aumentando un 3,1% en el 2022.

En el nivel socioeconómico medio, igualmente la televisión consta como el medio de mayor obtención de medidas contra COVID con el 68,3% en el 2020, sin embargo, disminuye 10,9 % en el 2022. Le sigue WhatsApp con el 13,9% en el 2020 que luego se incrementa 11,8 puntos porcentuales en el 2022.

En el nivel alto sucede lo mismo con la televisión con el 75% en el 2020, sin embargo, en el 2022, este porcentaje disminuye un 20%. Le sigue la prensa escrita con 12,5% que luego disminuye un 10%. Luego le sigue twitter con el 5% en el 2020, que desaparece en el 2022. WhatsApp es utilizado con el 2,5% en el 2020 que luego se incrementa 11,8 puntos porcentuales en el 2022 (Figura 35).



A) B) Figura 35. Medio de obtención de información sobre medidas contra COVID-19 según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

4. Frecuencia de uso de medios de comunicación y redes

En cuanto a la frecuencia del uso de redes, el 54,9% de los encuestados utilizó siempre WhatsApp en el 2020, cuya frecuencia de uso disminuyó 1,1% al 2022. El 12,7% de los encuestados nunca utilizaron WhatsApp en el 2020, lo cual se incrementó en 5,8% que nunca utilizaron WhatsApp en el 2022. El 31,8% utilizó siempre Facebook en el 2020, que luego disminuyó un 2,9% al 2022. El 27,2% nunca utilizó Facebook en el 2020, lo cual se incrementó a 31,8%. La radio local fue un medio usado a veces en el 38,2% en el 2020, sin embargo, su frecuencia disminuye en 7%. La red Tik Tok nunca fue utilizada en un 80,9% en el 2020 y mantiene la tendencia en el 2022 con 79,8%. You tube fue

utilizada en un 20,2% en el 2020, manteniéndose en la misma tendencia en el 2022. La prensa escrita fue utilizada a veces en un 25,4% en el 2020, manteniendo la misma tendencia en el 2022 con 24,3%.

Los noticieros de televisión fueron siempre utilizados en el 2020 en un 68,2% disminuyendo en 5,8 puntos porcentuales para el 2022. Los sitios oficiales de las entidades de salud del país y de la ciudad, fueron utilizadas a veces como medio para obtener información sobre las medidas contra COVID en un 13,3 % en el 2020 y un incremento apenas de 0,6 puntos porcentuales para el 2022. El centro de salud más cercano nunca fue utilizado como medio de obtención de información contra COVID en un 77,5% en el 2020 y en el 2022. Asimismo, la directiva del barrio no fue utilizada en 75,1% en el 2020 y en el 2022 (Tabla 7).

La asociación entre el nivel socioeconómico y la frecuencia de uso de WhatsApp, Facebook, Radio local, noticieros de televisión, sitios oficiales, Instagram y tik tok en el 2020 fue estadísticamente significativa, lo cual difiere con los medios como you tube, prensa escrita, centro de salud y directiva del barrio cuya relación con el nivel socioeconómico no fue significativa

Para el 2022, la relación del nivel socioeconómico resultó estadísticamente significativa con todos los medios a excepción de la directiva del barrio con la cual no se evidenció asociación.

Tabla 7
Frecuencia de uso de redes por año

Medio	Año	A veces	Casi siempre	Nunca	Siempre
Whatsapp	2020	40(23,1%)	16(9,2%)	22(12,7%)	95(54,9%)
	2022	26(15%)	22(12,7%)	32(18,5%)	93(53,8%)
You Tube	2020	35(20,2%)	21(12,1%)	106(61,3%)	11(6,4%)
	2022	32(18,5%)	22(12,7%)	108(62,4%)	11(6,4%)
Facebook	2020	39(22,5%)	32(18,5%)	47(27,2%)	55(31,8%)
	2022	33(19,1%)	35(20,2%)	55(31,8%)	50(28,9%)
Prensa escrita	2020	44(25,4%)	11(6,4%)	109(63%)	9(5,2%)
	2022	42(24,3%)	7(4%)	110(63,6%)	14(8,1%)
Radio Local	2020	66(38,2%)	12(6,9%)	70(40,5%)	25(14,5%)
	2022	54(31,2%)	18(10,4%)	79(45,7%)	22(12,7%)
Centro de salud cercano	2020	21(12,1%)	5(2,9%)	134(77,5%)	13(7,5%)
	2022	19(11%)	8(4,6%)	134(77,5%)	12(6,9%)
Noticieros de Tv	2020	21(12,1%)	21(12,1%)	13(7,5%)	118(68,2%)
	2022	22(12,7%)	24(13,9%)	19(11%)	108(62,4%)
Directiva del barrio	2020	22(12,7%)	9(5,2%)	130(75,1%)	12(6,9%)
	2022	19(11%)	10(5,8%)	130(75,1%)	14(8,1%)
Sitios oficiales	2020	23(13,3%)	11(6,4%)	120(69,4%)	19(11%)
	2022	24(13,9%)	11(6,4%)	119(68,8%)	19(11%)
Instagram	2020	20(11,6%)	12(6,9%)	134(77,5%)	7(4%)
	2022	17(9,8%)	11(6,4%)	136(78,6%)	9(5,2%)
Tik Tok	2020	17(9,8%)	8(4,6%)	140(80,9%)	8(4,6%)
	2022	15(8,7%)	11(6,4%)	138(79,8%)	9(5,2%)

Fuente y elaboración propias.

Con respecto a la frecuencia de uso de WhatsApp, el 31,3% del nivel socioeconómico bajo lo utilizó siempre en el 2020, incrementándose en 6,2 puntos porcentuales en el 2022. En el nivel socioeconómico medio, la frecuencia de uso es mayor con 62,4% en el 2020 y manteniéndose la frecuencia en el 2022 con 2% menos. De igual manera ocurre con el nivel socioeconómico alto donde el 55% utiliza siempre esta red en el 2020, con una diferencia de 2,2 menos para el 2022 (Figura 36).

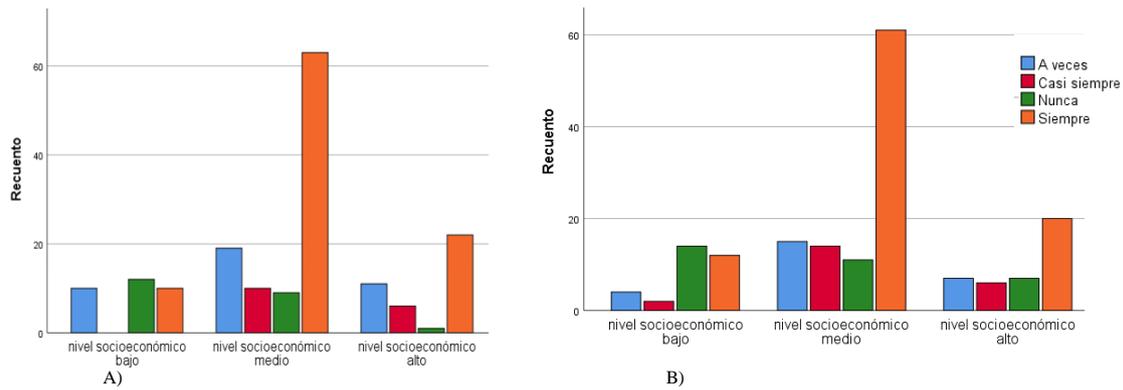


Figura 36. Frecuencia de uso de Redes: WhatsApp según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022

Fuente y elaboración propias.

Con respecto a la frecuencia de uso de Facebook, el 21,9% del nivel socioeconómico bajo lo utilizó siempre en el 2020 y mantuvo la misma tendencia en el 2022. En el nivel socioeconómico medio el uso de Facebook es mayor con 39,6%, disminuyendo sólo un 2% para el 2022. El 12,5% del nivel socioeconómico bajo utilizó Facebook siempre, frecuencia que aumento en 7,5 puntos porcentuales para el 2022 (Figura 37).

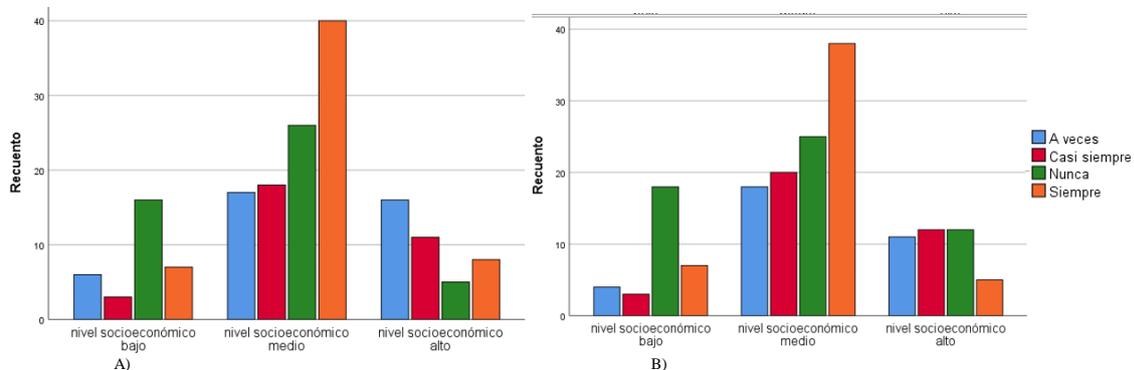


Figura 37. Frecuencia de uso de Redes: Facebook según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

En cuanto al uso de la radio local, en el nivel socioeconómico bajo, el 21,9% la utilizó siempre como medio de información sobre la pandemia en el 2020, incrementándose su frecuencia de uso en 3,1 puntos porcentuales para el 2022. En el nivel socioeconómico medio, la frecuencia de uso es menor con 13,9% para el 2020, disminuyendo 2 puntos porcentuales para el 2022. En el nivel socioeconómico alto, sólo el 10% la utilizó siempre disminuyendo a la mitad para el 2022 (Figura 38).

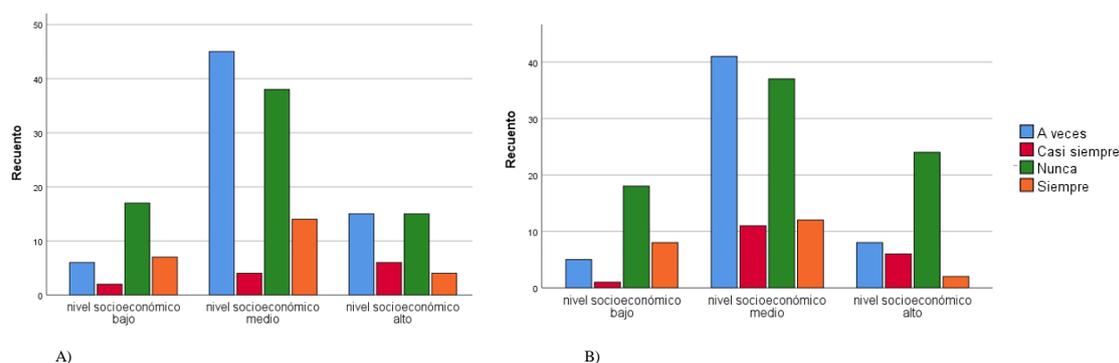


Figura 38. Frecuencia de uso de Redes y Medios: Radio Local, según nivel socioeconómico A) En el 2020. B) En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

En cuanto a los noticieros de televisión, en el nivel socioeconómico bajo, el 81,3% los utilizó siempre en el 2020 y en el 2022. En el nivel socioeconómico medio fue utilizado siempre en un 73,3% en el 2020 disminuyendo en un 3% en el 2022. En el nivel socioeconómico alto, la frecuencia de uso es menor, con un 45% de la población que utilizó siempre los noticieros de Tv en el 2022, disminuyendo en 17,5 puntos porcentuales para el 2022 (Figura 39).

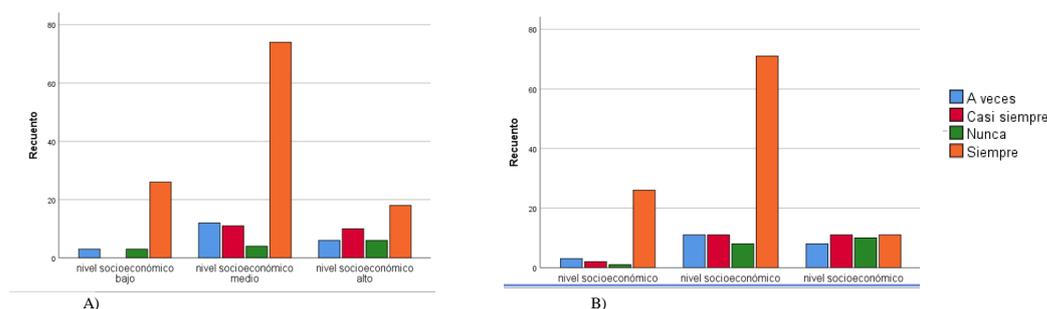


Figura 39. Frecuencia de uso de Redes y Medios: Noticieros de Televisión, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

Con respecto a los sitios oficiales de las entidades de salud pública, en el nivel socioeconómico bajo fue utilizado siempre en el 9,4% en el 2020, duplicándose para el 2022 con 18,8%. En el nivel socioeconómico medio, fue utilizado en 5,9% en el 2020 incrementándose ligeramente un 1% en el 2022. Mientras que, en el nivel socioeconómico alto, los sitios oficiales fueron más utilizados con el 25% de la población que la utilizó siempre, en el 2020, disminuyendo el 10% para el 2022 (Figura 40).

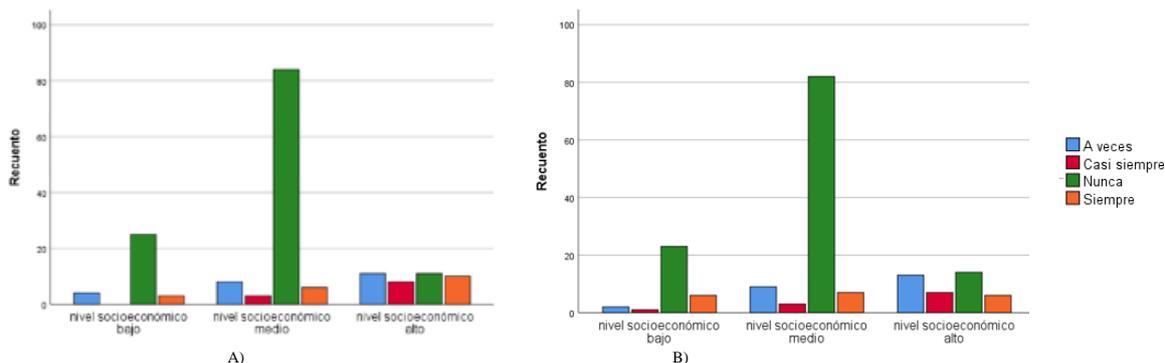


Figura 40. Frecuencia de uso de Redes y Medios: Sitios oficiales, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

Con respecto al uso de You Tube, en el nivel socioeconómico bajo, el 9,4% lo utilizó siempre en el 2020, lo cual se incrementó para el 2022 en 6.2 puntos porcentuales. En el nivel socioeconómico medio, el 5,9% lo utilizó siempre en el 2020, lo cual decreció en el 2022 en 2,9 puntos porcentuales. En el nivel socioeconómico alto, el 5% lo utilizó siempre, incrementándose ligeramente en 2,5 puntos porcentuales para el 2022 (Figura 41).

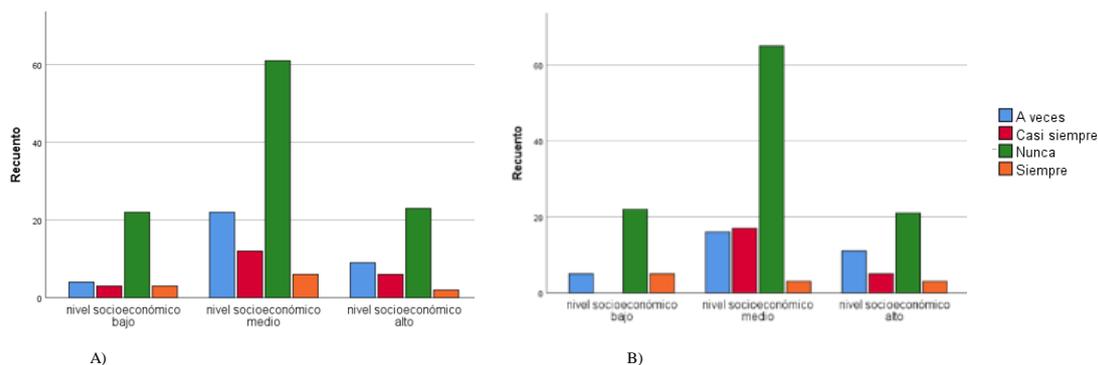


Figura 41. Frecuencia de uso de Redes y medios: You Tube, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

En cuanto a la prensa escrita, en el nivel socioeconómico bajo, el 6,3% lo utilizó siempre en el 2020 y 2022. En el nivel socioeconómico medio, el 5% utilizó prensa escrita siempre en el 2020, disminuyendo ligeramente en 2,9 puntos porcentuales para el 2022. En el nivel socioeconómico alto, el 5% utilizó prensa escrita siempre en el 2020, duplicándose para el 2022 (Figura 42).

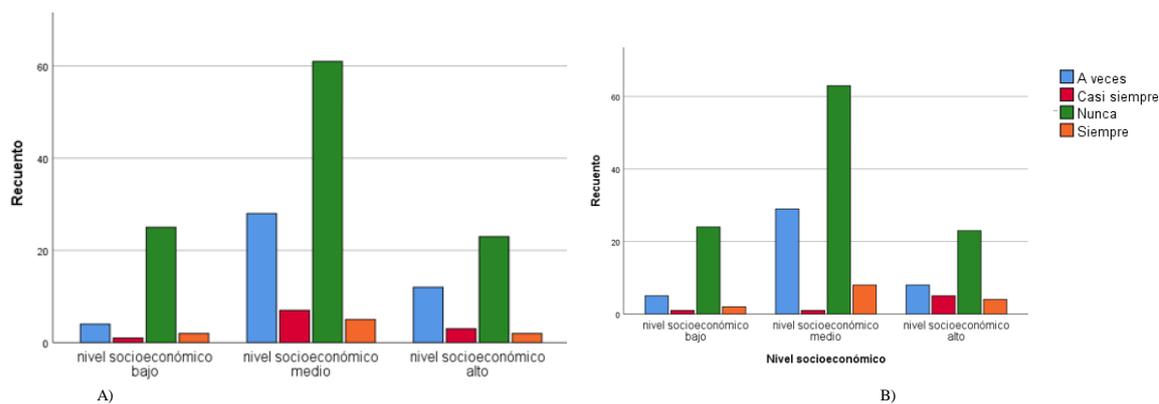


Figura 42. Frecuencia de uso de Redes y medios: Prensa escrita, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

En cuanto al uso del centro de salud cercano como medio de información sobre la pandemia, en el nivel socioeconómico bajo el 18,8% asegura haberlo utilizado siempre en el 2020, incrementándose ligeramente en 3,1 puntos porcentuales. En el nivel socioeconómico medio, el 4% lo utilizó siempre disminuyendo en 2 puntos porcentuales para el 2022. En el nivel socioeconómico alto, el 7,5% lo utilizó siempre en el 2020 y 2022 (Figura 43).

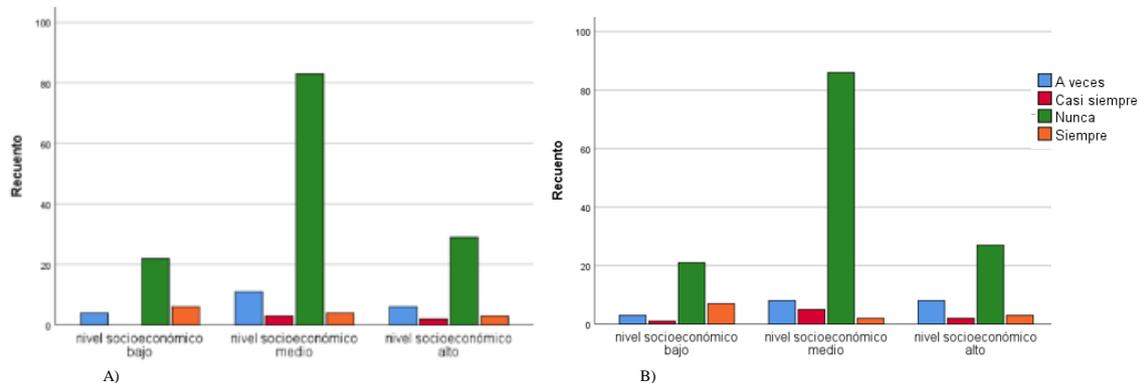


Figura 43. Frecuencia de uso de Redes y medios: centro de salud cercano, según nivel socioeconómico A) En el 2020. B) En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

En cuanto al uso de la directiva del barrio como medio de información sobre COVID, en el nivel socioeconómico bajo, el 6,3% lo utilizó siempre en el 2020, incrementándose en 9,3 puntos porcentuales en el 2022. En el nivel socioeconómico medio, el 6,9% lo utilizó siempre en el 2020, disminuyendo 1 punto porcentual para el 2022. En el nivel socioeconómico alto, la directiva fue utilizada en un 7,5% en el 2020 y 2022 (Figura 44).

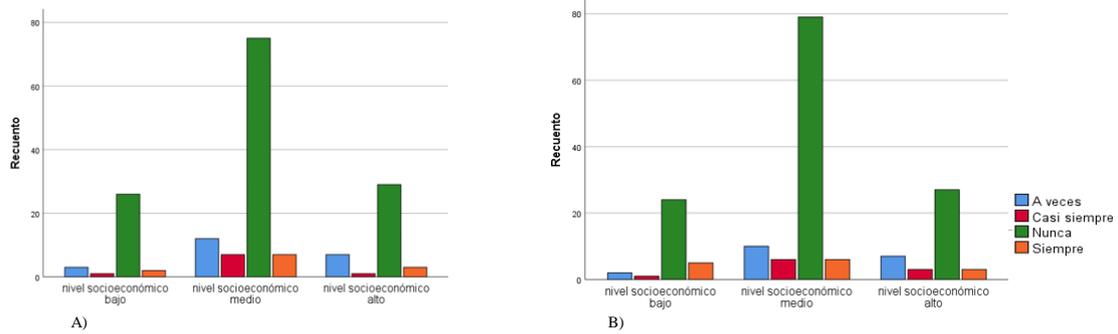


Figura 44. Frecuencia de uso de Redes y medios: directiva del barrio, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.
Fuente y elaboración propias.

En cuanto al uso de Instagram, en el nivel socioeconómico bajo, el 6,3% utilizó a veces Instagram en el 2020 disminuyendo su uso en el 2022 en 3.2 puntos porcentuales. En el nivel socioeconómico medio, el 6,9% utilizó a veces Instagram en el 2020, disminuyendo 1,9 puntos porcentuales para el 2022. En el nivel socioeconómico alto, el 27,5% utilizó Instagram a veces durante el 2020, manteniendo su frecuencia en el 2022 (Figura 45).

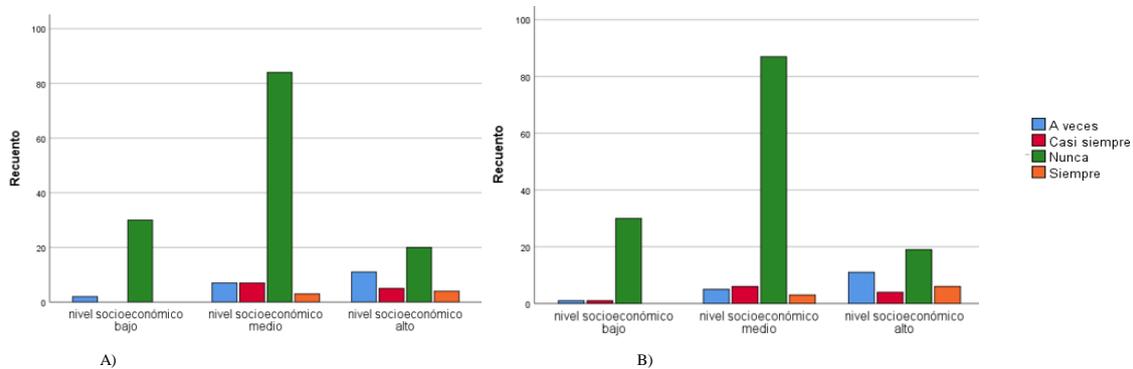


Figura 45. Frecuencia de uso de Redes y medios: directiva del barrio, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.
Fuente y elaboración propias.

En cuanto al uso de Tik Tok, en el nivel socioeconómico bajo, el 3,1% lo utilizó siempre en el 2020 y 2022. En el nivel socioeconómico medio, el 3% lo utilizó siempre en el 2020, sin cambios para el 2022. En el nivel socioeconómico alto, el 10% utilizó siempre esta red en el 2020, mientras que aumentó en 2,5 porcentuales para el 2022 (Figura 46).

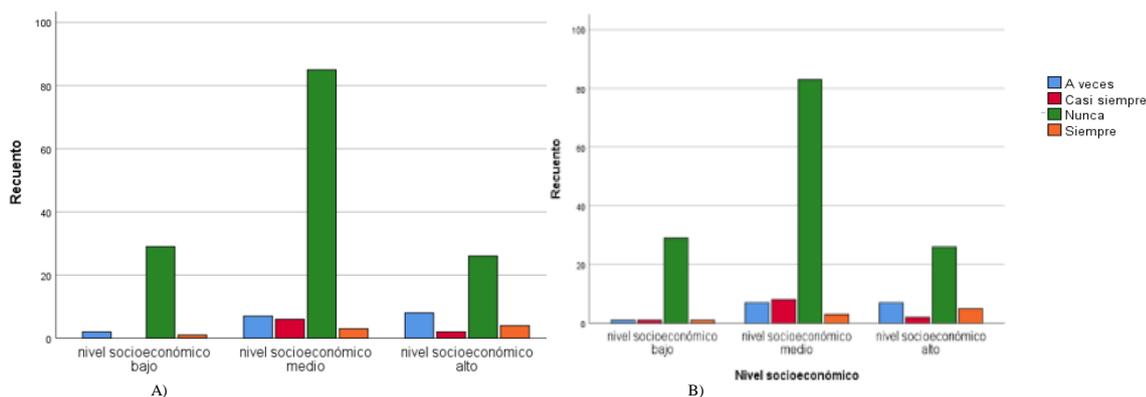


Figura 46. Frecuencia de uso de Redes y medios: Tik Tok, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

5. Utilidad de la información recibida

Con respecto a la frecuencia con la que la información recibida sobre COVID-19 fue útil, acerca de WhatsApp el 22,5% de los encuestados indicó que siempre le fue útil la información que obtuvo a través de este medio en el 2020, con una disminución leve de 1,1 puntos porcentuales para el 2022. Por otro lado, el uso de Facebook se registró en menor porcentaje con el 17,3% que indicó que la información obtenida a través de este medio siempre le fue útil para el 2020, con una disminución de 3,4 puntos porcentuales para el 2022. La información recibida a través de la radio local fue útil para la población encuestada en un 23,1% para el 2020, disminuyendo su frecuencia en 6,3 puntos porcentuales. Con respecto a You Tube, la información recibida a través de este medio fue considerada siempre útil por la población encuestada en un 5,8% en el 2022 disminuyendo en 1,8 puntos porcentuales para el 2022. En cuanto a la prensa escrita, la información fue considerada siempre útil en un 8,7% en el 2020, disminuyendo en 6,9 puntos porcentuales para el 2022. En cuanto a la información obtenida en el centro de salud más cercano, fue considerada siempre útil en 9,5% de la población encuestada, disminuyendo en 1,1 puntos porcentuales para el 2022. Por otra parte, la información obtenida desde los noticieros de televisión, fue considerada siempre útil en el 59% en el 2020, disminuyendo en 4,1 puntos porcentuales para el 2022. En cuanto a la información obtenida por los sitios oficiales, fue considerada siempre útil en un 11% en el 2020, disminuyendo en 1,6 puntos porcentuales para el 2022. En cuanto a la información obtenida mediante Tik Tok, apenas el 1,7% lo considera siempre útil. Por otro lado, el 8,7% de la población encuestada consideró que la información obtenida desde la directiva del barrio siempre le fue útil durante el 2020, sin variaciones al 2022. Con respecto a

Instagram, apenas el 1,2% de la población consideró útil la información obtenida a través de este medio en 2020, incrementándose en 1,1 puntos porcentuales para 2022 (Tabla 8).

La asociación entre el nivel socioeconómico y la percepción de utilidad de WhatsApp, Facebook, sitios oficiales, centro de salud Instagram y tik tok en el 2020 fue estadísticamente significativa, lo cual difiere con los medios como radio local, noticieros de televisión, you tube, prensa escrita, y directiva del barrio cuya relación con el nivel socioeconómico no fue significativa con una p mayor a 0,05.

Para el 2022, la relación entre las dos variables mencionadas permanece significativa con mismos medios y se incluye los noticieros de Tv. No hay significancia en la relación de nivel socioeconómico y la percepción de utilidad de la radio local, you tube, prensa escrita y directiva, con una p mayor a 0,05.

Tabla 8
Frecuencia con la que información recibida sobre COVID-19 fue útil

Medio	Año	A veces	Casi siempre	Nunca	Siempre
Whatsapp	2020	39 (22,5%)	51 (29,5%)	44 (25,4%)	39 (22,5%)
	2022	40 (23,2%)	56 (32,4%)	30 (17,3%)	37 (21,4%)
You Tube	2020	22 (12,7%)	17 (9,8%)	124 (71,7%)	10 (5,8%)
	2022	26 (15%)	12 (6,9%)	101(58,4%)	7 (4%)
Facebook	2020	38(22%)	41(23,7%)	64(37%)	30(17,3%)
	2022	39(22,5%)	44(25,4%)	53(30,6%)	24(13,9%)
Prensa escrita	2020	18(10,4%)	28(16,2%)	112(64,7%)	15(8,7%)
	2022	30(17,3%)	18(10,4%)	83(48,0%)	12(6,9%)
Radio local	2020	28(16,2%)	26(15%)	79(45,7%)	40(23,1%)
	2022	33(19,1%)	28(16,2%)	63(36,4%)	29(16,8%)
Centro de salud cercano	2020	20(11,6%)	8(4,6%)	129(74,6%)	16(9,2%)
	2022	20(11,6%)	7(4,0%)	95(54,9%)	14(8,1%)
Noticieros de Tv	2020	21(12,1%)	38(22,0%)	12(6,9%)	102(59,0%)
	2022	23(13,3%)	33(19,1%)	16(9,2%)	95(54,9%)
Directiva del barrio	2020	13(7,5%)	10(5,8%)	135(78,0%)	15(8,7%)
	2022	15(8,7%)	11(6,4%)	97(56,1%)	15(8,7%)
Sitios oficiales	2020	24(13,9%)	15(8,7%)	115(66,5%)	19(11,0%)
	2022	25(14,5%)	11(6,4%)	87(50,3%)	18(10,4%)
Instagram	2020	14(8,1%)	15(8,7%)	142(82,1%)	2(1,2%)
	2022	16(9,2%)	13(7,5%)	108(62,4%)	4(2,3%)
Tik Tok	2020	17(21%)	10(7%)	143(108%)	3(5%)
	2022	21(12,1%)	7(4,0%)	108(62,4%)	5(2,9%)

Fuente y elaboración propias.

En cuanto a la información obtenida por WhatsApp en el nivel socioeconómico bajo, fue considerada siempre útil en un 18,8% en el 2020, disminuyendo su uso en 12 puntos porcentuales para el 2022. En el nivel socioeconómico medio fue considerado siempre útil en 22,8% en el 2020 sin variaciones para el 2022. En el nivel socioeconómico alto, la información fue considerada siempre útil en un 25% en 2020, lo cual se incrementó en 5 puntos porcentuales para el 2022 (Figura 47).

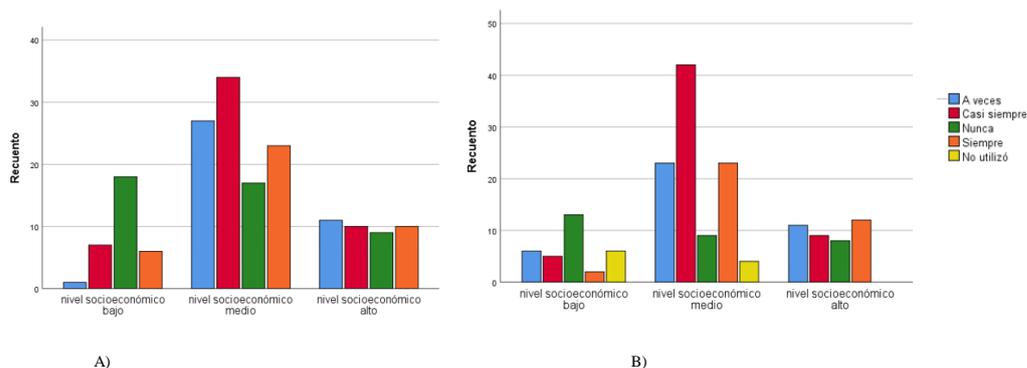


Figura 47. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: WhatsApp, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

En cuanto a la información obtenida por Facebook, en el nivel socioeconómico bajo el 21,9% consideró siempre útil la información obtenida a través de este medio en el 2020, disminuyendo su frecuencia de uso en 15.6 puntos porcentuales para el 2022. En el nivel socioeconómico medio, el 39,6% consideró siempre útil la información en el 2020, lo cual disminuyó en 22.8 porcentuales para el 2022. En el nivel socioeconómico alto, la información obtenida a través de Facebook fue considerada siempre útil en un 20% en 2020, lo cual disminuyó en 7,5 puntos porcentuales para el 2022 (Figura 48).

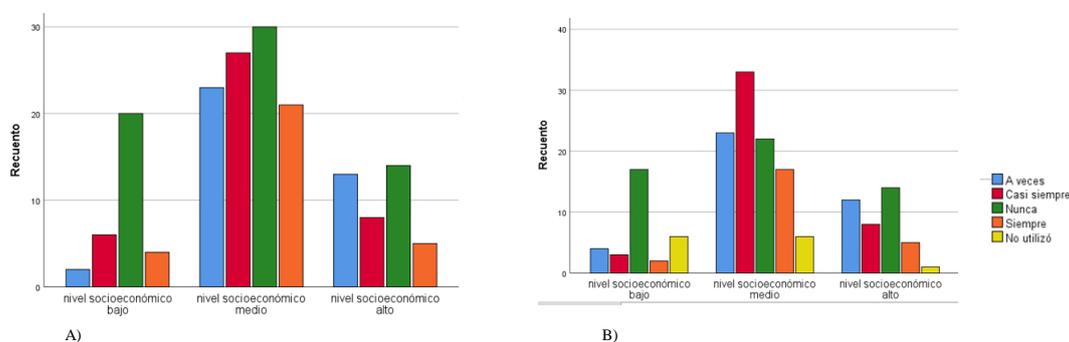


Figura 48. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: Facebook, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

En cuanto a la información obtenida por radio local, en el nivel socioeconómico bajo el 21,9% consideró siempre útil la información obtenida a través de este medio en el

2020, disminuyendo su frecuencia de uso en 12.5 puntos porcentuales para el 2022. En el nivel socioeconómico medio, el 13,9% consideró siempre útil la información en el 2020, lo cual se incrementó en 8,9 puntos porcentuales para el 2022. En el nivel socioeconómico alto, la información fue considerada siempre útil en un 10% en 2020, lo cual disminuyó en 3 puntos porcentuales para el 2022 (Figura 49).

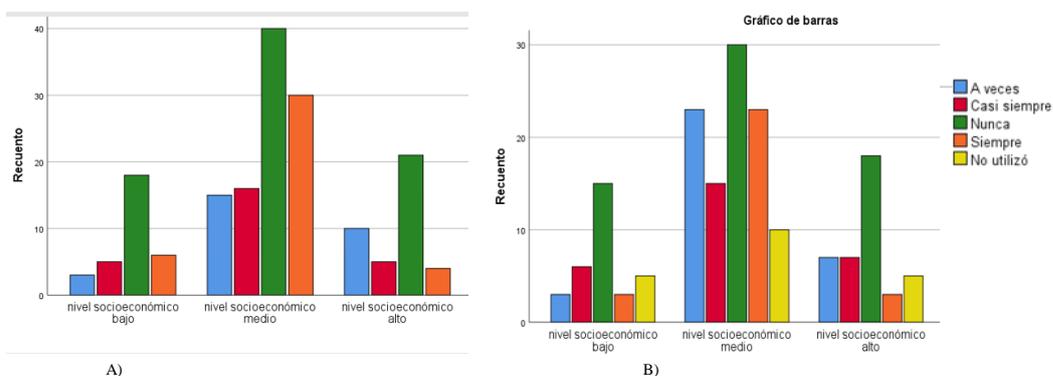


Figura 49. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: Radio local, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

En cuanto a la información obtenida por noticieros de televisión, en el nivel socioeconómico bajo el 81,3% consideró siempre útil la información obtenida a través de este medio en el 2020, disminuyendo su frecuencia de uso en 25 puntos porcentuales para el 2022. En el nivel socioeconómico medio, el 73,3% consideró siempre útil la información en el 2020, lo cual disminuyó en 22 puntos porcentuales para el 2022. En el nivel socioeconómico alto, la información fue considerada siempre útil en un 45% en 2020, lo cual disminuyó en 17,5 puntos porcentuales para el 2022 (Figura 50).

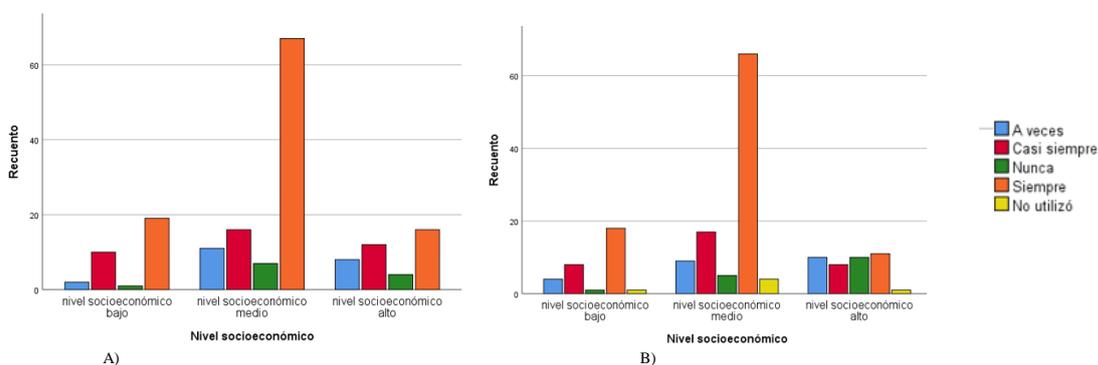


Figura 50. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: noticieros de televisión, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

En cuanto a la información obtenida por sitios oficiales, en el nivel socioeconómico bajo el 9,4% consideró siempre útil la información obtenida a través de

este medio en el 2020, disminuyendo su frecuencia de uso en 3,1 puntos porcentuales para el 2022. En el nivel socioeconómico medio, el 5,9% consideró siempre útil la información en el 2020, lo cual se incrementó en un punto porcentual para el 2022. En el nivel socioeconómico alto, la información obtenida fue considerada siempre útil en un 25% en 2020, lo cual disminuyó en 2,5 puntos porcentuales para el 2022 (Figura 51).

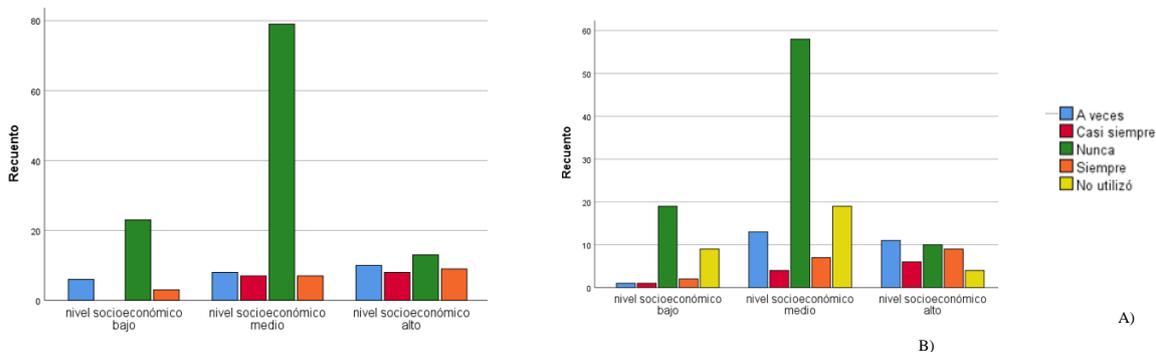


Figura 51. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: sitios oficiales, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

En cuanto a la información obtenida por You Tube, en el nivel socioeconómico bajo el 9,4% consideró siempre útil la información obtenida a través de este medio en el 2020, disminuyendo su frecuencia de uso en 6,3 puntos porcentuales para el 2022. En el nivel socioeconómico medio, el 5,9% consideró siempre útil la información en el 2020, lo cual disminuyó 2,9 puntos porcentuales para el 2022. En el nivel socioeconómico alto, la información obtenida fue considerada siempre útil en un 5% en 2020, lo cual se incrementó en 2,5 puntos porcentuales para el 2022 (Figura 52).

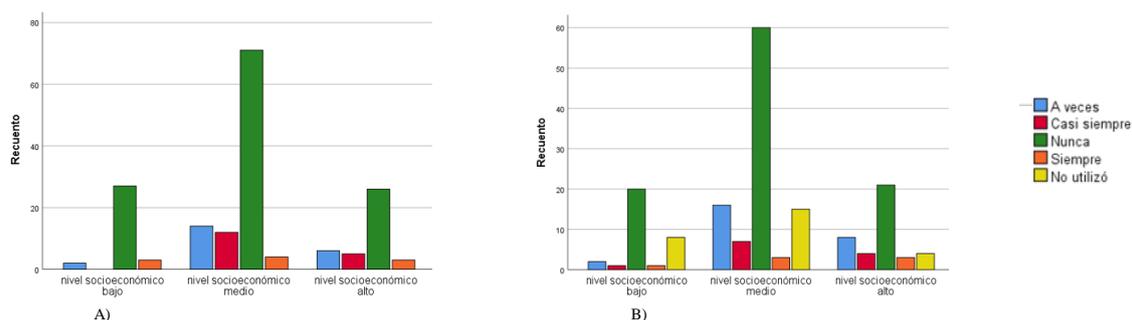


Figura 52. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: You Tube, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

En cuanto a la información obtenida por prensa escrita, en el nivel socioeconómico bajo el 6,3% consideró siempre útil la información obtenida a través de este medio en el 2020, sin variaciones para el 2022. En el nivel socioeconómico medio,

el 5% consideró siempre útil la información en el 2020, lo cual se incrementó en 0,9 puntos porcentuales para el 2022. En el nivel socioeconómico alto, la información obtenida fue considerada siempre útil en un 5% en 2020, lo cual se incrementó en 5 puntos porcentuales para el 2022 (Figura 53).

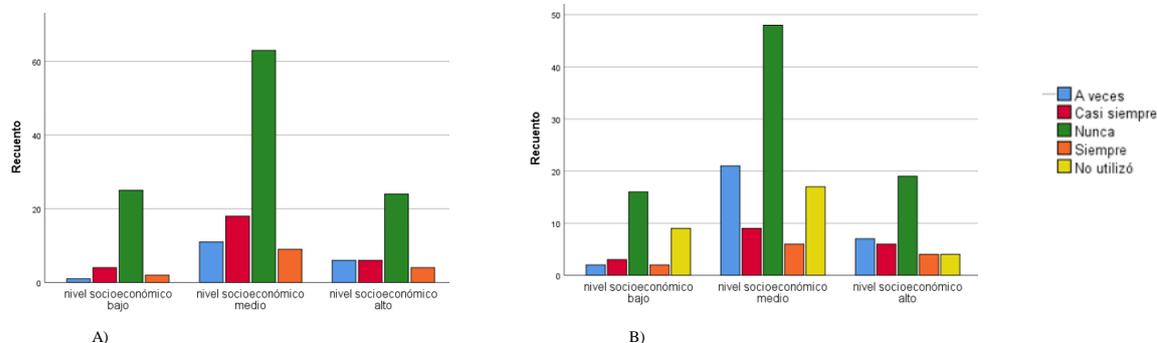


Figura 53. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: prensa escrita, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022
Fuente y elaboración propias.

En cuanto a la información obtenida por centro de salud cercano, en el nivel socioeconómico bajo el 18,8% consideró siempre útil la información obtenida a través de este medio en el 2020, incrementando su frecuencia de uso en 6,2 puntos porcentuales para el 2022. En el nivel socioeconómico medio, el 4% consideró siempre útil la información en el 2020, lo cual se mantuvo para el 2022. En el nivel socioeconómico alto, la información obtenida fue considerada siempre útil en un 7,5% en 2020, lo cual se disminuyó en 2,5 puntos porcentuales para el 2022 (Figura 54).

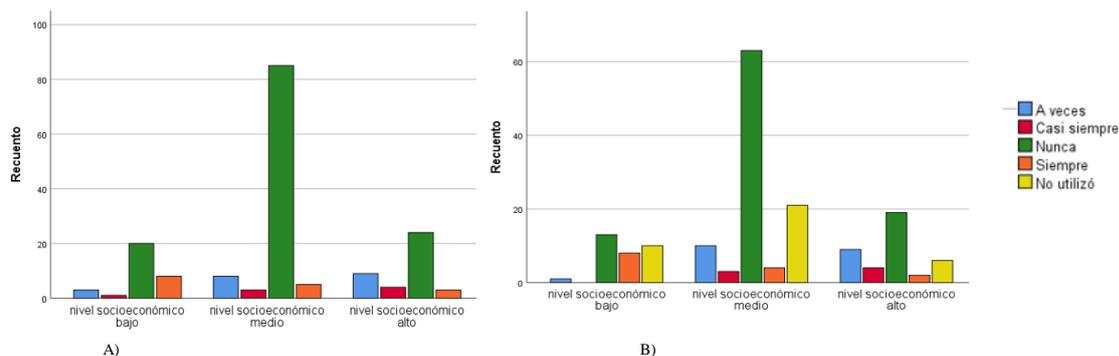


Figura 54. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: centro de salud cercano, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.
Fuente y elaboración propias.

En cuanto a la información obtenida por la directiva del barrio, en el nivel socioeconómico bajo el 6,3% consideró siempre útil la información obtenida a través de este medio en el 2020, incrementando su frecuencia de uso en 12,5 puntos porcentuales para el 2022. En el nivel socioeconómico medio, el 6,9% consideró siempre útil la

información en el 2020, lo cual disminuyó en 1,9 para el 2022. En el nivel socioeconómico alto, la información obtenida fue considerada siempre útil en un 7,5% en 2020, lo cual se incrementó en 2,5 puntos porcentuales para el 2022 (Figura 55).

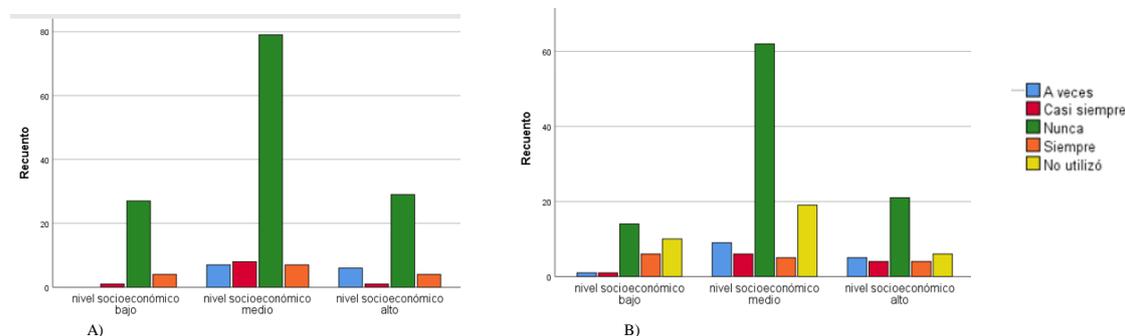


Figura 55. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: directiva del barrio, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.
Fuente y elaboración propias.

En cuanto a la información obtenida por Instagram, en el nivel socioeconómico bajo, el 6,3% consideró a veces útil la información obtenida a través de este medio en el 2020, porcentaje que se revertió para el 2022. En el nivel socioeconómico medio, el 6,9% consideró a veces útil la información en el 2020, lo cual aumentó un punto porcentual para el 2022. En el nivel socioeconómico alto, la información obtenida fue considerada siempre útil en un 10% en 2020, lo cual mantuvo para el 2022 (Figura 56).

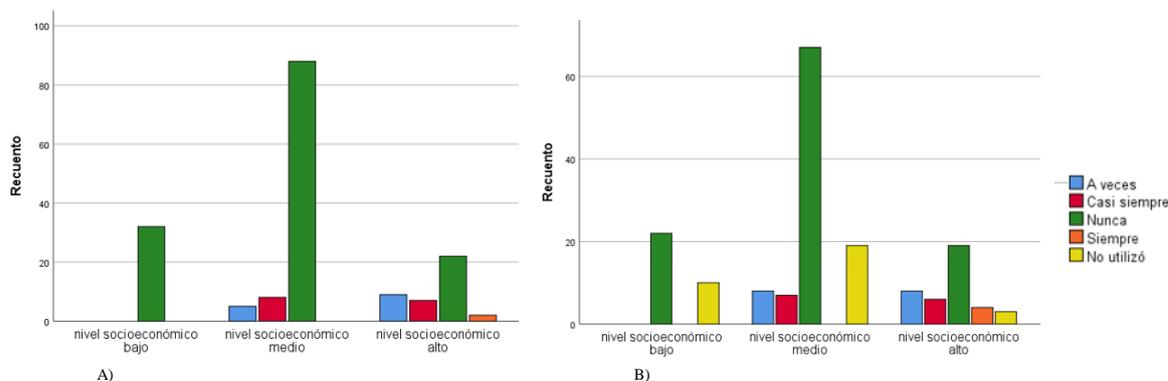


Figura 56. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: Instagram, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.
Fuente y elaboración propias.

En cuanto a la información obtenida por Tik Tok, en el nivel socioeconómico bajo, nunca se consideró útil la información obtenida a través de este medio en el 2020 y 2022. En el nivel socioeconómico medio, el 1% consideró siempre útil la información en el 2020, lo cual se mantuvo para el 2022. En el nivel socioeconómico alto, la información

obtenida fue considerada siempre útil en un 5% en 2020, lo cual se incrementó en 5 puntos porcentuales para el 2022 (Figura 57).

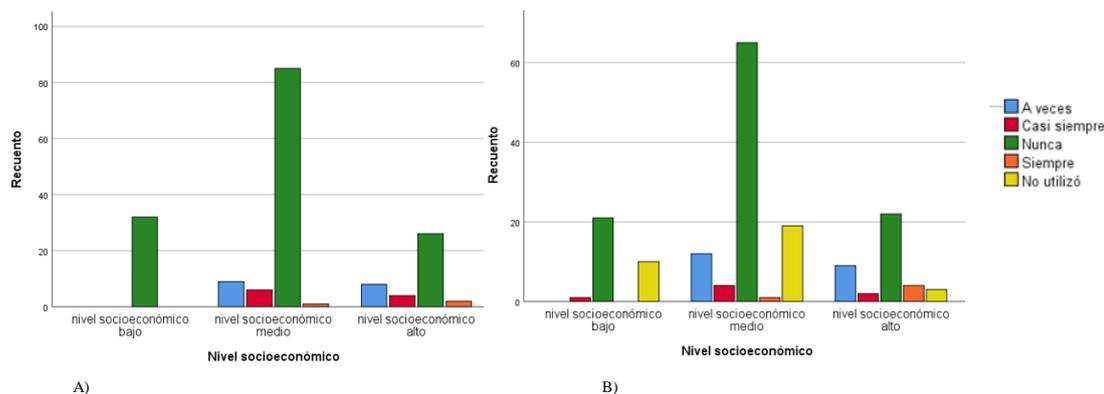


Figura 57. Percepción de utilidad en uso de Redes y medios: Tik Tok, según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

6. Recepción de noticias falsas

Con respecto a cuál es el medio a través del cual se transmiten más noticias falsas sobre medidas contra COVID-19, You Tube es el medio considerado como el que más transmite noticias falsas con 36,4%, seguido de Facebook con 25,4% y de WhatsApp y noticieros en Tv en 12,7% (Tabla 9).

Tabla 9
Medio a través del cual se transmiten más noticias falsas sobre medidas contra COVID-19 en el 2020

	Frecuencia	Porcentaje
Facebook	44	25,4
Instagram	2	1,2
Noticieros en Tv	22	12,7
Prensa escrita	3	1,7
Radio local	3	1,7
Sitio web oficial del gobierno (Ministerio de salud pública, Secretaría de salud municipio de Quito, IESS, etc)	4	2,3
Tik Tok	10	5,8
You tube	63	36,4
Whatsapp	22	12,7

Fuente y elaboración propias.

En el nivel socioeconómico bajo, Facebook fue considerado como el medio a través del cual se transmiten más noticias falsas con 53,1%. En el nivel socioeconómico medio y alto, fue You Tube con 37,6% y 45%, respectivamente (Figura 58).

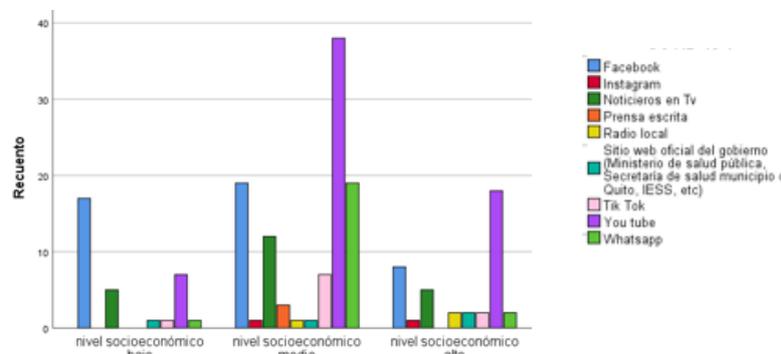


Figura 58. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas según nivel socioeconómico Fuente y elaboración propias.

Con respecto a la frecuencia de transmisión de noticias falsas, el 48% de la población encuestada, indicó que a través de WhatsApp siempre se transmiten más noticias falsas, seguido de Facebook con el 42,2%. Por otro lado, 11,6 % de los encuestados consideraron que You Tube siempre transmite noticias falsas en el 11,6%. 5,6% de los encuestados consideró que la prensa escrita siempre transmite noticias falsas. Además, se consideró que la radio transmite noticias falsas en un 4%, mientras que los noticieros de Tv siempre las transmiten en 9,8%. El centro de salud cercano siempre transmitió noticias falsas en 1,2% y la directiva del barrio en 5,8%. Los sitios oficiales transmitieron noticias falsas en 2,9%; mientras que Instagram en 12,7% y Tik Tok en 16,8% (Tabla 10).

Tabla 10
Frecuencia de transmisión de noticias falsas

Medio	A veces	Casi siempre	Nunca	Siempre
WhatsApp	44(25,4%)	29(16,8%)	17(9,8%)	83(48,0%)
You Tube	47(27,2%)	32(18,5%)	74(42,8%)	20(11,6%)
Facebook	40(23,1%)	38(22,0%)	22(12,7%)	73(42,2%)
Prensa escrita	49(28,3%)	11(6,4%)	103(59,5%)	10(5,8%)
Radio local	70(40,5%)	8(4,6%)	88(50,9%)	7(4,0%)
Centro de salud cercano	34(19,7%)	5(2,9%)	132(76,3%)	2(1,2%)
Noticieros de Tv	57(32,9%)	19(11,0%)	80(46,2%)	17(9,8%)
Directiva del barrio	35(20,2%)	6(3,5%)	122(70,5%)	10(5,8%)

Sitios oficiales	34(19,7%)	2(1,2%)	132(76,3%)	5(2,9%)
Instagram	36(20,8%)	30(17,3%)	85(49,1%)	22(12,7%)
Tik Tok	32(18,5%)	32(18,5%)	80(46,2%)	29(16,8%)

Fuente y elaboración propias.

Con respecto a WhatsApp, en el nivel socioeconómico bajo, el 37,5% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio. En el nivel socioeconómico medio, el 60,4% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de WhatsApp. En el nivel socioeconómico alto, el 48% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio (Figura 59).

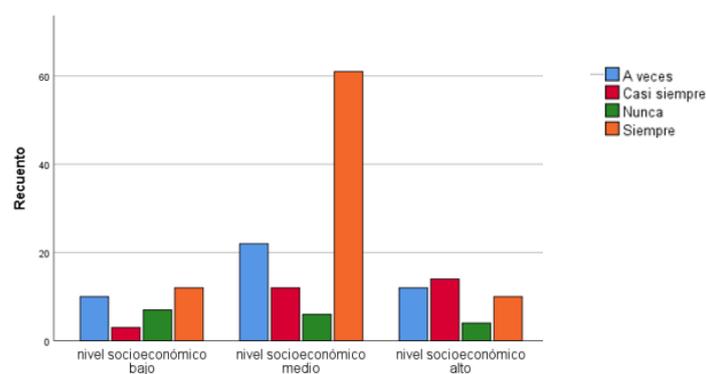


Figura 59. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (WhatsApp) según nivel socioeconómico.

Fuente y elaboración propias.

Con respecto a Facebook, en el nivel socioeconómico bajo, el 37,5% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio. En el nivel socioeconómico medio, el 50,5% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de WhatsApp. En el nivel socioeconómico alto, el 25% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio (Figura 60).

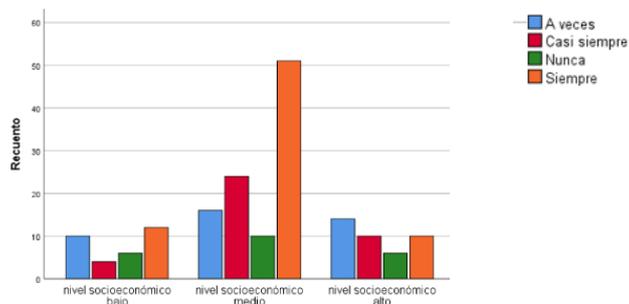


Figura 60. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (Facebook) según nivel socioeconómico.

Fuente y elaboración propias.

Con respecto a Radio local, en el nivel socioeconómico bajo, el 3,1 % considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio. En el nivel socioeconómico medio, el 4% considera que siempre se transmiten noticias falsas. En el nivel socioeconómico alto, el 5% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio (Figura 61).

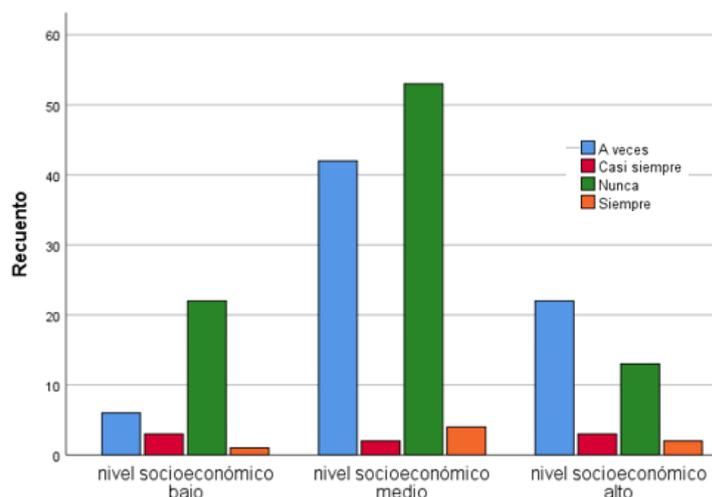


Figura 61. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (Radio local) según nivel socioeconómico.

Fuente y elaboración propias.

Con respecto a Noticieros en Tv, en el nivel socioeconómico bajo, el 9,4 % considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio. En el nivel socioeconómico medio, el 10,9% considera que siempre se transmiten noticias falsas. En el nivel socioeconómico alto, el 7,5% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio (Figura 62).

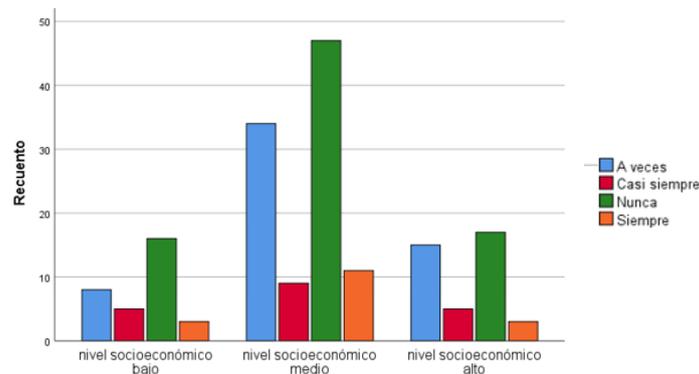


Figura 62. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (Noticieros de Tv) según nivel socioeconómico.

Fuente y elaboración propias.

Con respecto a sitios oficiales, en el nivel socioeconómico bajo, el 3,1% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio. En el nivel

socioeconómico medio, el 2% considera que siempre se transmiten noticias falsas. En el nivel socioeconómico alto, el 5% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio (Figura 63).

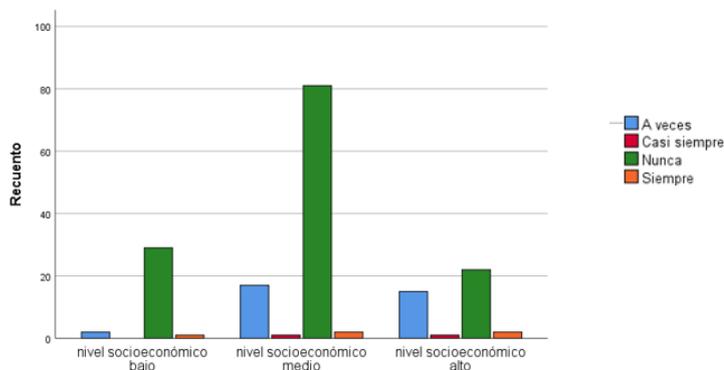


Figura 63. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (Sitios oficiales) según nivel socioeconómico.

Fuente y elaboración propias.

Con respecto a You Tube, en el nivel socioeconómico bajo, el 6,3% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio. En el nivel socioeconómico medio, el 12,9% considera que siempre se transmiten noticias falsas. En el nivel socioeconómico alto, el 48% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio (Figura 64).

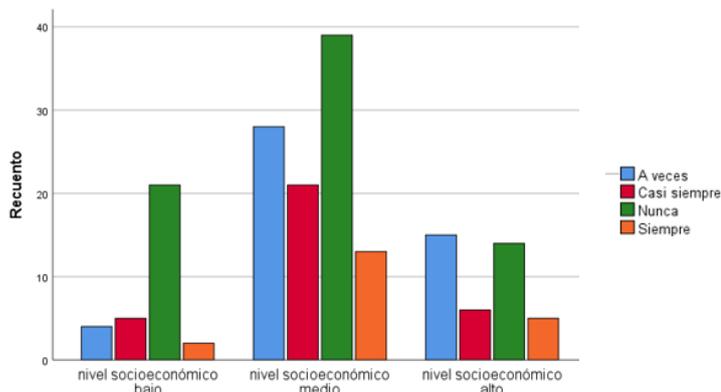


Figura 64. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (You Tube) según nivel socioeconómico.

Fuente y elaboración propias.

Con respecto a prensa escrita, en el nivel socioeconómico bajo, el 3,1% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio. En el nivel socioeconómico medio, el 5,9% considera que siempre se transmiten noticias falsas. En el nivel socioeconómico alto, el 7,5% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio (Figura 65).

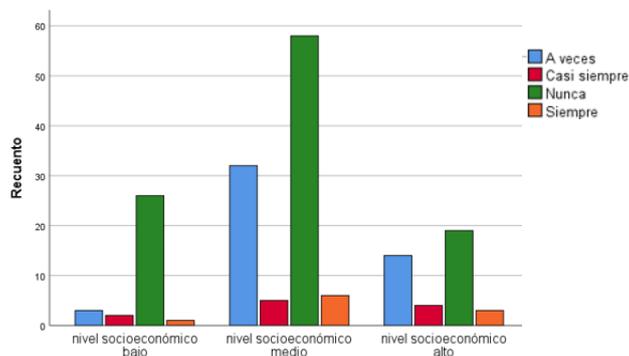


Figura 65. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (Prensa escrita) según nivel socioeconómico.

Fuente y elaboración propias.

Con respecto a centro de salud, en el nivel socioeconómico bajo, el 0% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio. En el nivel socioeconómico medio, el 1% considera que siempre se transmiten noticias falsas. En el nivel socioeconómico alto, el 2,5% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio (Figura 66).

Fuente y elaboración propias.

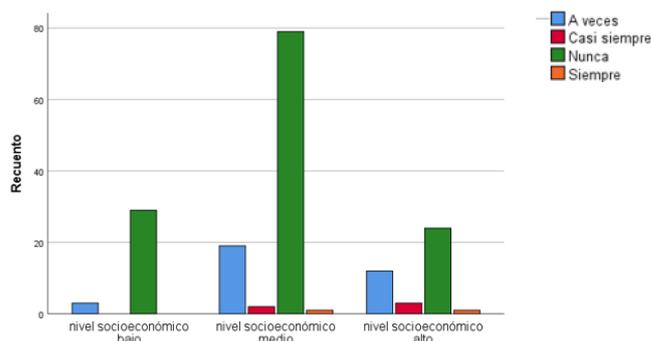


Figura 66. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (Centro de salud) según nivel socioeconómico

Fuente y elaboración propias.

Con respecto a directiva del barrio, en el nivel socioeconómico bajo, el 0% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio. En el nivel socioeconómico medio, el 5% considera que siempre se transmiten noticias falsas. En el nivel socioeconómico alto, el 12,5% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio (Figura 67).

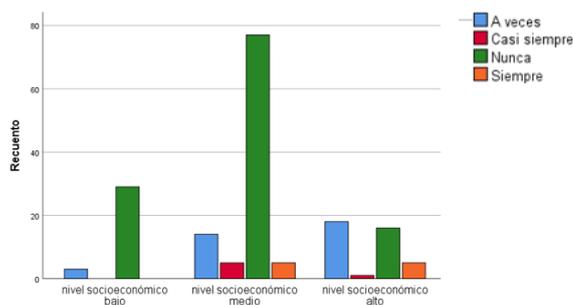


Figura 67. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (Directiva del barrio) según nivel socioeconómico.

Fuente y elaboración propias.

Con respecto a Instagram, en el nivel socioeconómico bajo, el 15,6% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio. En el nivel socioeconómico medio, el 15,8% considera que siempre se transmiten noticias falsas. En el nivel socioeconómico alto, el 2,5% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio. (Figura 68)

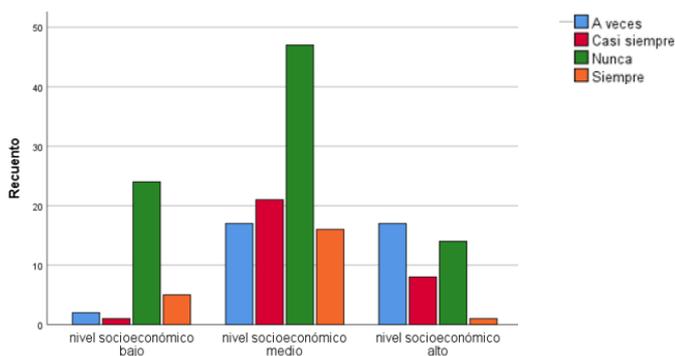


Figura 68. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (Instagram) según nivel socioeconómico.

Fuente y elaboración propias.

Con respecto a Tik Tok, en el nivel socioeconómico bajo, el 21,9% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio. En el nivel socioeconómico medio, el 18,8% considera que siempre se transmiten noticias falsas. En el nivel socioeconómico alto, el 7,5% considera que siempre se transmiten noticias falsas a través de este medio (Figura 69).

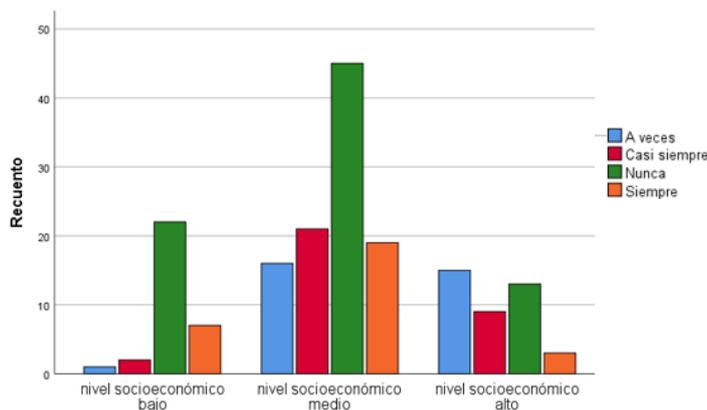


Figura 69. Percepción del medio de transmisión de noticias falsas. (Tik Tok) según nivel socioeconómico.

Fuente y elaboración propias.

La asociación entre el nivel socioeconómico y la percepción de transmisión de noticias falsas a través de Whatsapp, Facebook, radio local, sitios oficiales, directiva del barrio, Instagram y tik tok, fue estadísticamente significativa con una p menor a 0,05, lo cual no ocurrió con noticieros de tv, you tube, prensa y centro de salud.

7. Información recibida sobre medidas contra COVID-19

Con respecto a la información recibida sobre las medidas contra COVID-19, acerca del lavado de manos, el 66,5% de la población encuestada indicó que, en el 2020, constituyó la medida más efectiva contra COVID-19, mientras que en el 2022 el 57,8 % de la población indica que el lavado de manos es una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus.

Acerca del uso de la mascarilla, el 73,4% de la población encuestada indicó que, en el 2020, constituyó la medida más efectiva contra COVID-19, mientras que en el 2022 el 50,3 % de la población indica que el uso de la mascarilla es una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus.

Acerca de la cuarentena, el 60,1% de la población encuestada indicó que, en el 2020, constituyó la medida más efectiva contra COVID-19, mientras que en el 2022 el 45,1 % de la población indica que la cuarentena es una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus.

Acerca de las vacunas, el 79,2% de la población encuestada indicó que, en el 2020, constituyó la medida más efectiva contra COVID-19, asimismo en el 2022 el 57,8 % de la población indica que las vacunas constituyen la medida más efectiva contra COVID-19 (Tabla 11).

Tabla 11
Tipo de información recibida sobre las medidas contra COVID-19

Medida: Lavado de manos				
	2020		2022	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Es la medida más efectiva en contra del COVID-19	115	66,5	67	38,7
Es una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus.	52	30,1	100	57,8
No sirve para combatir el virus	6	3,5	6	3,5
Medida: Uso de mascarilla				
	2020		2022	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Es la medida más efectiva en contra del COVID-19	127	73,4	61	35,3
Es una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus.	40	23,1	87	50,3
No sirve para combatir el virus	6	3,5	25	14,5
Medida: Cuarentena				
	2020		2022	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Es la medida más efectiva en contra del COVID-19	104	60,1	40	23,1
Es una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus.	51	29,5	78	45,1
No sirve para combatir el virus	18	10,4	55	31,8
Medida: Vacunas				
	2020		2022	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Es la medida más efectiva en contra del COVID-19	137	79,2	100	57,8
Es una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus.	30	17,3	67	38,7
No sirve para combatir el virus	6	3,5	6	3,5

Fuente y elaboración propias.

Acercas del lavado de manos, en el nivel socioeconómico bajo, el 75% indicó que era la medida más efectiva en contra de COVID-19, en el 2020, y el 25% restante indicó que es una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus, lo cual se modificó levemente a 68,8% que indicaron que era la medida más efectiva en contra de COVID-

19en el 2022. En el nivel socioeconómico medio el 76,2% indicó que era la medida más efectiva en contra de COVID-19, en el 2020, mientras que el 63,4% indicó que para el 2022 se consideraba que es una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus. En el nivel socioeconómico alto, el 65% indicó que era una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus en el 2020, lo cual fue sostenido para el 2022 (Figura 70).

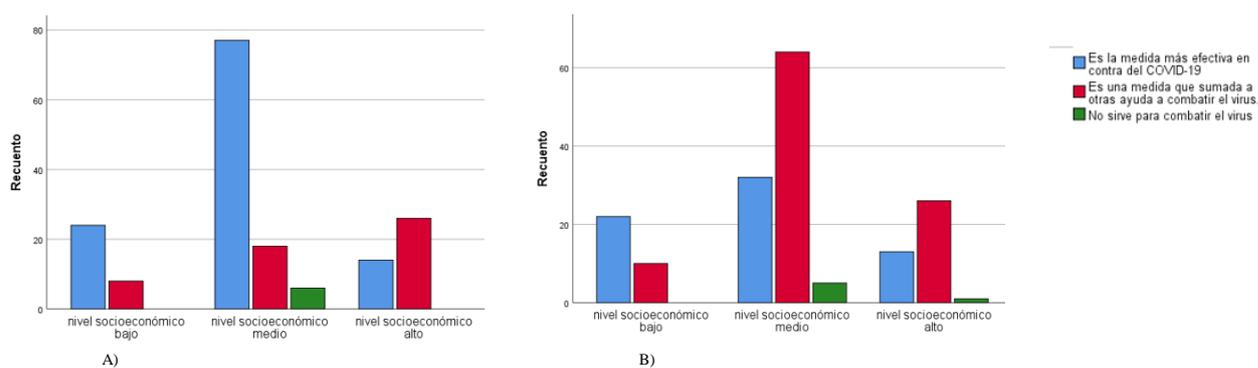


Figura 70. Percepción de la información sobre medidas contra COVID-19 (Lavado de manos) según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

Acerca del uso de mascarilla, en el nivel socioeconómico bajo, el 84,4% indicó que era la medida más efectiva en contra de COVID-19, en el 2020, y el 15,6% restante indicó que es una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus, lo cual se modificó levemente a 59,4% que indicaron que era la medida más efectiva en contra de COVID-19 en 2022. En el nivel socioeconómico medio el 77,2% indicó que era la medida más efectiva en contra de COVID-19, en el 2020, mientras que el 55,4% indicó que para el 2022 se consideraba que es una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus. En el nivel socioeconómico alto, el 55% indicó que era una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus en el 2020, lo cual fue sostenido para el 2022 (Figura 71).

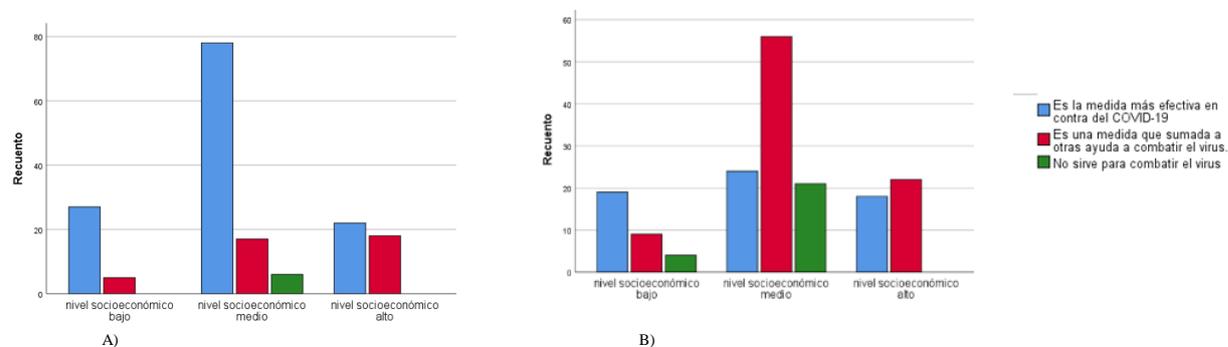


Figura 71. Percepción de la información sobre medidas contra COVID-19 (Mascarilla) según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

Acerca de la cuarentena, en el nivel socioeconómico bajo, el 65,6% indicó que era la medida más efectiva en contra de COVID-19, en el 2020, lo cual se modificó a 37,5 % que indicaron que era la medida más efectiva en contra de COVID-19 en el 2022. En el nivel socioeconómico medio el 69,3% indicó que era la medida más efectiva en contra de COVID-19, en el 2020, mientras que el 43,6% indicó que para el 2022 se consideraba que es una medida que no sirve para combatir el virus. En el nivel socioeconómico alto, el 67,5% indicó que era una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus en el 2020, lo cual fue sostenido para el 2022 con un 70% (Figura 72).

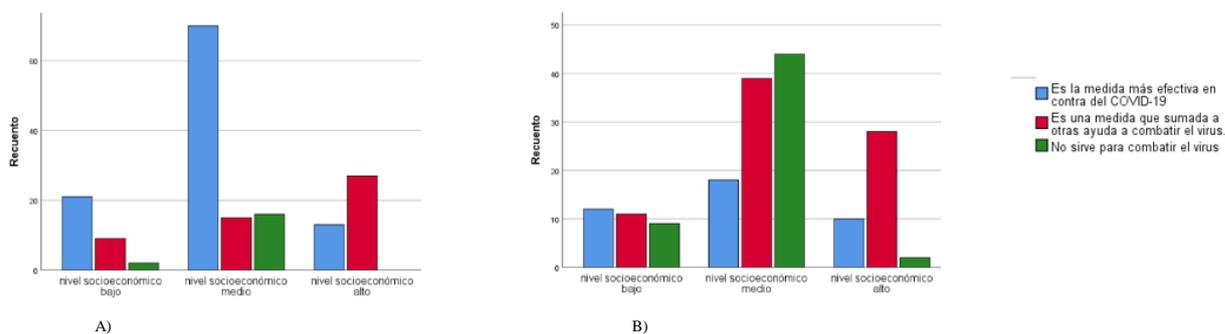


Figura 72. Percepción de la información sobre medidas contra COVID-19 (Cuarentena) según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

Acerca de las vacunas, en el nivel socioeconómico bajo, el 84,4% indicó que era la medida más efectiva en contra de COVID-19, en el 2020, lo cual se mantuvo con 81,3% que indicaron que era la medida más efectiva en contra de COVID-19 en el 2022. En el nivel socioeconómico medio el 88,1% indicó que era la medida más efectiva en contra de COVID-19, en el 2020, mientras que para el 2022, disminuyó a un 52,5% que indicó que era la medida más efectiva. En el nivel socioeconómico alto, el 52,5% indicó era la medida más efectiva en contra de COVID-19 en el 2020, lo cual fue sostenido para el 2022 (Figura 73).

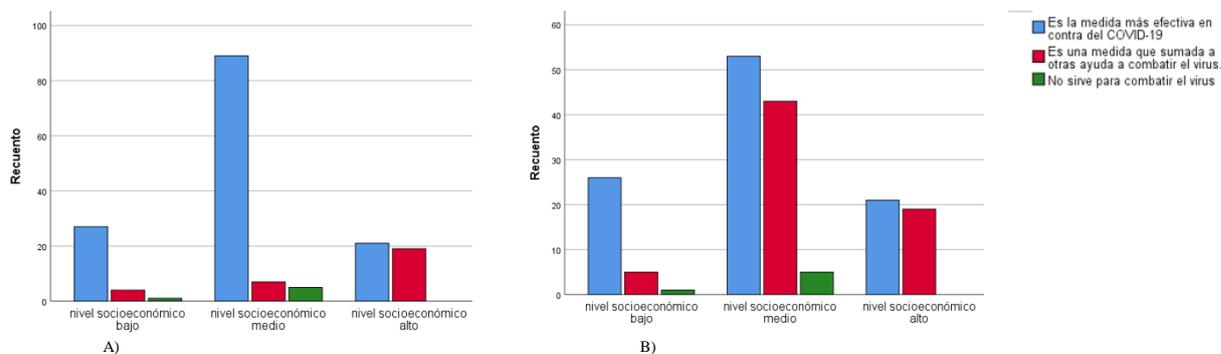


Figura 73. Percepción de la información sobre medidas contra COVID-19 (Vacunas) según nivel socioeconómico A. En el 2020. B. En el 2022.

Fuente y elaboración propias.

La relación entre el nivel socioeconómico y la percepción de la información sobre las medidas contra COVID-19 fue estadísticamente significativa para todas las medidas contra la pandemia, en el 2020 y 2022, con una p menor a 0,05.

Asimismo, después del análisis cuantitativo y cualitativo, se presenta a continuación la matriz de procesos críticos (Tabla 12):

Tabla 12
Matriz de procesos críticos

<i>Dominio</i>	<i>Componentes</i>	<i>Subcomponentes</i>	<i>Lógica dominante de generación de procesos críticos</i>	<i>Procesos protectores</i>	<i>Procesos Destructivos</i>
General	Políticas estatales sobre Comunicación en salud	Ley de Comunicación	Segregación de poder	La política pública que permite la transmisión de información veraz y sanciona a quienes transmiten información falsa y no basada en evidencia científica.	Falta de regulación de temas de comunicación en salud
	Comunicación de riesgos	Normativa sobre la Comunicación sobre eventos de salud (pandémicos)	Segregación de poder	La comunicación en salud bien gestionada, basada en necesidades y vulnerabilidades, anticipada	Información que llega a la población es seleccionada con intereses político-económicos. Basada en el riesgo, no anticipada
	Secretismo en la información	Modo de comunicación. Entrega de información seleccionada	Segregación de poder	La información veraz y transmitida de forma correcta permite mejor aceptación de las medidas. La información que no se transmite genera dudas y desconfianza en la población.	Modelo hegemónico pasivo, falta de políticas públicas de cooperación en caso de eventos adversos o dudas en la población
	Privatización del riesgo	Culpabilización del Estado a las instituciones o al paciente de su falta de información	Reproducción social, segregación del poder	Instituciones que dan apoyo certero al paciente y seguimiento continuo	Concepto de riesgo prima sobre el de vulnerabilidad. Se revictimiza al paciente
	Acceso diferenciado	Acceso diferenciado a la información	Justicia espacial	Información transmitida a través de escuela, directiva del barrio constituye proceso protector	Acceso diferenciado en la población de acuerdo a ingreso, cultura científica. El centro de salud es percibido no es percibido como lugar de obtención de información en salud.
Particular		Inequidades socioeconómicas según barrio	Justicia espacial	Barrios constituidos con directiva, forman redes y cohesión social que constituye un proceso protector	La segregación espacial por barrios en el Distrito Metropolitano de Quito es marcada

	Acceso diferenciado a tecnología y educación	Justicia espacial	Acceso a internet (todos los niveles socioeconómicos lo tienen) Acceso a celular	Acceso diferenciado en la población de acuerdo a acceso a tecnología, utilización de medios masivos, o redes sociales para conocer medidas de bioseguridad, asistencia a clases Acceso a mala calidad de información (redes sociales de entretenimiento, no informativas)
Sistema de salud. Promoción de salud	Higienismo	Reproducción social	Si el abordaje de la prevención y promoción de COVID-19 sería desde la visión de la salud colectiva, se abordaría a todos los dominios del problema	Promoción de salud en sistema sanitario del país solo influye a nivel particular o singular, y no en su totalidad. Higienismo como medida dictada, que no toma en cuenta el acceso a recursos para darle cumplimiento: agua, implementos de aseo, saneamiento. Educación en salud sin enfoque colectivo Fragmentación de la promoción y prevención de salud.
Sistema de salud. Vigilancia epidemiológica	Teoría miasmática	Reproducción social	La teoría de las epidemias es parte de todo un conjunto de procesos que permiten el desarrollo de una pandemia, no es el único medio.	Teoría de las epidemias basada en la causalidad, sin tomar en cuenta los modos de vida de la población de estudio. La pandemia se a bordo de esta manera con restricciones que no podían ser cumplidas por los más pobres.
Sistema de salud. Promoción de salud	Urbanismo	Reproducción social		Condiciones de la ciudad son puntos clave para la construcción de las epidemias o pandemias, por las condiciones de hacinamiento, la falta de espacios que promuevan salubridad, falta de acceso a puntos de salud.
Singular	Vacío de conocimiento	Reproducción social	El vacío de conocimiento genera curiosidad por conocer la verdad, la razón, y la ciencia.	Vacíos de conocimiento que la población llena con información disponible, no oficial que generan mitos, dudas, que no son solventadas
	Ausencia de conocimiento	Reproducción social	Población que busca información para salvar su vida y la de su familia.	La ausencia de conocimiento accesible, didáctico hace la población no cumpla las medidas por desconocimiento

Desinformación en los núcleos familiares	Mitos, rumores, noticias falsas	Reproducción social	Diversidad de conocimiento en un mismo núcleo familiar	En un mismo núcleo familiar pueden existir divergencias grandes en conocimiento por el acceso a información, educación, tecnología, etc que depende del género, edad, etc
--	---------------------------------	---------------------	--	---

Elaboración propia.

8. Discusión

En el presente estudio se ha evidenciado el rol del espacio en la determinación social en el acceso diferenciado a la información en salud en tiempos de pandemia (Covid-19). Diferencias e inequidades de acceso a información expresado en las diferentes escalas espaciales (mundo, región, el país, la ciudad, etc.).

Mientras una parte de un espacio genera gran cantidad de información, la otra tendrá que luchar por el acceso a esa información lo que se conoce como brecha en el acceso a la información. En Ecuador, según la encuesta multipropósito de tecnologías de información y comunicación 2019-2022, el porcentaje de hogares con acceso a Internet a escala nacional alcanzó el 45,5%. Es decir, más de la mitad de las familias no cuenta con este servicio. El porcentaje de hogares con computadora portátil aumentó 4,3 puntos a nivel nacional (EC Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2022). Además, el uso de las computadoras durante 2019 se redujo 9% a escala nacional, siendo los jóvenes de entre 16 y 24 años de edad, quienes más las utilizan. Lo cual muestra cómo la brecha digital, que todavía existe en el Ecuador, sigue comportándose como un proceso destructor del acceso a información.

La brecha en el acceso a la información tiene enorme poder para generar y ampliar otras inequidades. En este estudio se puede evidenciar que la brecha digital a nivel espacial tiene ciertas particularidades y cómo se modifican dependiendo del nivel socioeconómico.

Por ejemplo, con respecto al acceso a internet, existen estudios como el de (Botello-Peñaloza 2015), que afirma que el ingreso es uno de los determinantes más importantes para que las personas lo usen, sin embargo, en este estudio se encontró que la variable nivel socioeconómico no tiene relación con el acceso a internet, de televisión y celular. Este hallazgo podría explicarse por las modificaciones drásticas de hábitos y tendencias de consumo debido a la pandemia y las medidas de confinamiento decretadas por el gobierno, de manera que el consumo de medios de comunicación e internet se disparó durante el confinamiento, además que se instauró la modalidad virtual en los centros educativos y el teletrabajo, por lo cual el acceso a internet era casi una necesidad básica. Antes de la pandemia, se pensaba de las limitadas posibilidades que puede tener un hogar de nivel socioeconómico bajo, para acceder al internet o redes, pero evidenciamos que no tiene relación ya que en todos los niveles se tiene acceso a estos

medios, por lo que la brecha disminuyó (Mendoza 2020). Por lo cual el acceso a internet se constituyó en un proceso protector.

Los estudios realizados en época previa a la pandemia, indicaban sobre la relación directa de la dimensión de la familia con el acceso a internet, celular y medios debido al mayor tamaño del hogar, que representa mayor número de usuarios que incrementa la probabilidad de usar estos medios, lo cual, según este estudio no fue estadísticamente significativo, ya que independientemente del tipo de familia, se evidenció acceso a internet, celular y redes.

Asimismo, según la evidencia, el nivel educativo influye positivamente en el desarrollo de habilidades para el uso de las competencias digitales. Esta premisa es confirmada por nuestro estudio, que encontró una relación estadísticamente significativa entre el acceso a internet y a celular con el nivel de estudios de la población. El nivel de estudios de la población se constituye un proceso protector para el acceso de información.

Con respecto a la relación entre la ocupación y el acceso a internet, celular y Tv, se pensaría que tienen relación debido a la similitud con la variable educación. Por el tipo de trabajo, la agrupación “White collar” utiliza más instrumentos como la computadora, que la agrupación “blue collar” (Pérez 2017), sin embargo, nuestros resultados muestran que la asociación no es estadísticamente significativa, por lo cual, la variable ocupación no influye en el acceso a internet, celular y Tv de la población.

En cuanto a las redes de solidaridad, la evidencia afirma que el deterioro de las relaciones de apoyo entre personas y grupos constituyen un mecanismo a través del cual las desigualdades tienen incidencia negativa sobre la situación de salud. Por tanto, el deterioro de las redes de solidaridad en poblaciones inequitativas sería un importante proceso que explique el deterioro de salud, en comparación al de sociedades con redes de solidaridad más desarrolladas. (Pellegrini Filho 2002). Esto se confirma en el presente estudio ya que como se evidenció el 49,7% no han participado en actividades del barrio, aún más en el nivel socioeconómico alto que sólo lo hizo en el 28%, sin embargo, a pesar de que, según la evidencia, a menor nivel socioeconómico, mayor cohesión social, en el nivel bajo, más de la mitad de los encuestados afirmó que no había solidaridad. Como se mostró en los resultados, la relación entre la cohesión social medida como la participación en mingas y apoyo entre vecinos del barrio, con la frecuencia de uso de la directiva del barrio como medio de obtención de información sobre medidas contra COVID-19 fue estadísticamente significativa lo cual muestra la asociación entre ambas variables y a la cohesión social como proceso protector en la obtención de información.

Parte de la pertenencia e identidad con el barrio es acudir a los centros, e instituciones que lo componen como escuelas, centros de salud, parques recreativos, etc. Como lo evidenció nuestro estudio, la población de nivel socioeconómico alto no acudió a los centros de salud en un porcentaje importante y no puso en escuelas cercanas a sus hijos en el 100%; sin embargo, no se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y la asistencia al centro de salud cercano; pero si hay asociación entre el nivel socioeconómico y la decisión de que los hijos estudien en una escuela cercana, probablemente a que el costo si representa un gasto importante, y en el caso del nivel socioeconómico bajo, no cuentan con muchas opciones que no sea la escuela del barrio (pública) que no amerite gasto en transporte y demás.

Por otro lado, las nuevas tecnologías en información están redefiniendo el propio concepto de comunidad, liberándola más allá de los límites geográficos. Las personas pueden estar hoy en constante contacto con sus familiares, amigos y colegas en todo el mundo, utilizando buscadores, teléfonos celulares, y otros medios (Pellegrini Filho 2002). Estas son las nuevas redes de solidaridad, que no debe ser despreciado como menos real ya que constituyen apoyo, particularmente para los que están aislados por la edad o defectos físicos o para los que viven en lugares muy lejanos, por lo cual este estudio considera a las redes de solidaridad como un proceso protector.

Los medios de comunicación más representativos como la televisión que mantienen su liderazgo dentro de los hogares con el 98%, en todos los niveles socioeconómicos como lo muestra el presente estudio, seguido por el internet con un incremento de 10 puntos versus al año 2020 (UEES 2022). El celular fue más utilizado por el acceso a redes, clases virtuales, uso de correo electrónico, y aplicaciones para mantenerse informados acerca de la pandemia, tal como lo muestra nuestro estudio, sin diferencia de nivel socioeconómico, todos tienen acceso a celular, por lo cual también resulta un proceso protector.

“En la actualidad el 92,2% de las personas de Guayaquil y Quito piensan en los medios de comunicación como una fuente de entretenimiento y el 88% como una fuente de información” (UEES 2022). Durante la pandemia la ciudadanía confinada disponía de mucho tiempo para informarse y entretenerse. El grado de dependencia de los medios de comunicación y de cualquier fuente de información aumentó como en toda crisis, según la literatura (Gallur Santorun 2017). Por su parte, la televisión se ha convertido también en la fuente principal de entretenimiento e información a nivel mundial (Gallur Santorun

2017), lo cual se corrobora en nuestro estudio, donde la televisión fue el medio más utilizado en el 2020 y 2022, en todos los niveles socioeconómicos.

De acuerdo a la Encuesta Multipropósito - TIC 2019 aplicada en Ecuador, las redes sociales más utilizadas en personas de 12 años en adelante son: Facebook con 55,4%, WhatsApp con 52,0%, Instagram con 18,2%, YouTube con 15,4%, Twitter con 8,8%, LinkedIn con 1,6% y Skype con 1,5% (INEC 2022). A nivel mundial, WhatsApp es la red más popular, y usada sin dependencia de los niveles socioeconómicos, lo cual se evidencia en nuestro estudio. Adicionalmente, hubo un aumento en el número de horas dedicadas por semana al uso de las redes sociales, especialmente Facebook, WhatsApp y YouTube, para compartir imágenes, videos y mensajes de audio, con un aumento significativo en el uso compartido de documentos y adquisición de conocimientos (Gudiño et al. 2022). Esto coincide con nuestro estudio ya que la red más consumida fue WhatsApp.

El contenido de las redes sociales es diferente entre sí. Según la evidencia,

el 30,72% de las publicaciones de Facebook tratan sobre la movilización de apoyo, 23,04% son informativas, el 15,36% son 9 promocionales, el 11,52% son inspiradoras y 7,68% son personales y críticas. Por otro lado, en Twitter, el 35,37% de las publicaciones son informativas, el 24,89% son sobre movilización de apoyo, el 18,34% de publicaciones son inspiradoras, el 11,79% son promocionales y el 6,5% son publicaciones personales y críticas. Además, en Instagram, el 21,7% de las publicaciones son sobre el apoyo informativo y movilizador, el 19,53% son promocionales, el 17,36% son inspiradoras, el 10,85% son publicaciones personales y el 8,68% de publicaciones son sobre críticas. (Vázquez 2021, 9)

La información de COVID-19 fue transmitida en torno a los diferentes tipos de transmisión en las redes sociales, como informativas, promocionales, personales y críticas; el estudio visibiliza la relación del nivel socioeconómico con la frecuencia del uso de redes sociales y la utilidad que representan estas al momento de informarse en tiempos de pandemia.

Por ejemplo, la frecuencia de uso de WhatsApp fue más utilizado en el nivel socioeconómico alto y considerado útil en ese nivel. Llama la atención que en el nivel socioeconómico bajo el WhatsApp era considerado útil, sin embargo, decreció su percepción de utilidad para el 2022, probablemente debido a la frecuencia de transmisión de noticias falsas a través de este medio. Facebook es más utilizado en el nivel medio y bajo y fue considerado menos útil que WhatsApp. Las redes sociales como WhatsApp y Facebook en general tuvieron una percepción de utilidad calificada como alta en el 2020,

pero decreció su importancia en el 2022, por la percepción de que son medios a través de los cuales se transmiten noticias falsas.

La radio fue más utilizada en el nivel bajo y más percibida como útil que Facebook. La televisión fue más utilizada en el nivel socioeconómico medio y bajo. Los sitios oficiales fueron más utilizados por el nivel socioeconómico alto y a la vez considerados más útiles en este nivel, probablemente debido al nivel de estudios de esta población que cuenta con estudios de tercer y cuarto nivel, nivel educativo que puede que puede acceder, analizar y comprender los datos técnicos publicados en sitios oficiales (instituciones públicas como por ejemplo el Ministerio de Salud, el COE, entre otros). Instagram fue utilizado en su mayoría por el nivel alto al igual que Tik Tok, pero considerados poco útiles, quizás debido a la cantidad de información irrelevante o de entretenimiento que se emite por estos medios.

Por lo tanto, se puede plantear que probablemente las familias que accedieron a información de calidad en tiempo de pandemia (Covid-19) fue la población de nivel socioeconómico alto, población que se articuló a redes con mayor contenido informativo. Adicionalmente, se podría inferir que el acceso a información en calidad y cantidad no se limita solo por el acceso a tecnología, por ejemplo, sino al tipo de información que se consume y al tipo de red al que accede.

No es significativa la asociación entre el nivel socioeconómico y la frecuencia de uso de You tube, prensa escrita, centro de salud y directiva del barrio como medios de información. Podemos suponer que la prensa escrita no fue un medio útil de información, debido a que en época de pandemia se evitaba el contacto con objetos que puedan ser fómites o transmisores del virus. De acuerdo con los encuestados, la directiva del barrio no cumplió su rol como cabeza de la red de vecinos, no facilitó información útil en tiempos de pandemia, percepción que se da en todos los niveles socioeconómicos. El centro de salud no fue percibido por los encuestados como un medio útil para obtener información de medidas de prevención contra Covid-19, siendo este un nodo a evaluarse y replantearse como parte del sistema de salud y que debe tener un rol como facilitador de información. You tube es una plataforma que se adaptó a los requerimientos y demandas de la población, paso de ser un medio de entretenimiento a ser un medio de educación y transmisión de noticias, información con contenido educativo, sin embargo, este medio fue percibido por los encuestados como el que más noticias falsas transmite.

La transmisión de información de medidas contra el COVID-19 a través del centro de salud es importante debido a los programas de promoción de salud que maneja el Ente

rector, sin embargo la percepción de la población es diferente, ya que en este estudio, la mitad de los encuestados, aseguraron que el centro de salud no brindó charlas; por otro lado, no tienen la misma percepción de la escuela, ya que un porcentaje importante respondió que obtuvo charlas sobre las medidas contra COVID de la escuela de sus hijos. Como se mencionó anteriormente, la relación entre la variable de nivel socioeconómico y la recepción de charlas informativas de la escuela es estadísticamente significativo, por lo cual la escuela termina siendo un medio parte de los procesos protectores en este estudio, es decir, para todos los niveles socioeconómicos fue importante la escuela como medio de obtención de información.

En la actualidad, las noticias falsas son un problema importante ya que a menudo la población no tiende a evaluar la información que recibe, provocando en muchos casos el consumo de medicamentos sin receta médica, ante el pánico o miedo consumo de productos no aptos para consumo humano, entre otros. En las redes sociales se iniciaron sistemas para regular la información, pero esto no detuvo la difusión de las teorías conspirativas, estafas y engaños a través de internet, acerca de COVID-19 (Gudiño et al. 2022)

Se puede plantear que el nivel socioeconómico influye en la percepción de un medio como transmisor de noticias falsas. La relación entre nivel socioeconómico fue significativa para algunas redes como Facebook que fue considerado el medio con más transmisión de noticias falsas en el nivel socioeconómico bajo; WhatsApp en el nivel medio, Instagram y Tik tok en el nivel bajo y medio entre los más relevantes. La transmisión de noticias falsas a través de noticieros de tv, You Tube, prensa y centro de salud, fueron independientes del nivel socioeconómico: en el caso de noticieros la percepción de que es un medio de transmisión de noticias falsas es muy bajo; asimismo en el caso de la prensa y del centro de salud; sin embargo, en el caso de You tube la percepción es muy alta, independientemente del nivel socioeconómico a pesar de no haber sido tan utilizado en la población de estudio.

La información brindada a través de los medios de comunicación y de redes era la que los gobiernos promovían a través de sus políticas y decisiones públicas con respecto a la pandemia y socializadas a través de sus Instituciones de salud. Estas medidas fueron el lavado de manos, mascarilla, cuarentena y las vacunas. No todas tuvieron aceptación y es así que no todas fueron aplicadas. En nuestro estudio, la percepción de medidas como el lavado de manos, mascarilla y cuarentena en el 2020 fue de que eran las medidas más efectivas probablemente a que no se disponía de mucha información sobre la prevención

y tratamiento contra el virus; sin embargo, para el 2022, la percepción cambió a medida que se conocía más sobre la enfermedad y la dinámica del virus, a que era una medida que, junto a otras, ayuda. Las vacunas fueron percibidas como la medida más efectiva en el 2020 y 2022, por lo cual se muestra la buena aceptación que tuvo esta medida, así como se describe en la literatura a nivel mundial. (Gudiño et al. 2022)

No todos los niveles socioeconómicos tuvieron la misma percepción y aceptación de las medidas contra COVID-19, ya que por ejemplo para el lavado de manos frecuente se requería algunos implementos con agua, jabón, a los que no todos tenían acceso; no todos podían tener acceso a mascarillas ya que se agotaban o no podían cambiarlas con la frecuencia requerida; no todos podían permanecer el tiempo de cuarentena o aislamiento requerido porque necesitaban salir a trabajar. Es así como en nuestro estudio encontramos, por ejemplo, que el lavado de manos, mascarilla y cuarentena fueron medidas percibidas en su mayoría como la medida más efectiva en el nivel bajo y medio. La percepción de la cuarentena como medida más efectiva se modificó para el 2022 a que constituía una medida que no sirve. En el nivel alto se mantuvo la percepción de que era una medida sinérgica.

Las vacunas fueron percibidas como la medida más efectiva en el 2020 en los 3 niveles destacándose el nivel medio y bajo. Llama la atención que, en el nivel alto, solo la mitad de encuestados dijo que era la medida más efectiva.

El análisis se ha realizado tomando en cuenta algunos procesos enmarcados en los modos de vida de la población y a la dialéctica, complejidad y totalidad del espacio. Posterior al análisis cuantitativo, se encontró que en la población de estudio no existen brechas en el acceso a información a través de internet y celular, lo cual es importante destacar. El nivel socioeconómico mantuvo relación con la recepción de la información sobre las medidas contra la pandemia por COVID-19, en el medio de uso, la frecuencia y percepción de utilidad y la percepción de noticias falsas, por lo cual puede ser o bien un proceso destructor o protector, de acuerdo con los modos y estilos de vida de cada población.

La información transmitida por el centro de salud, escuela y directiva del barrio son considerados como fidedignos por la población en todos los niveles socioeconómicos, por lo tanto, es necesario fortalecer estas instancias para que la información de salud llegue a la población de forma fidedigna y accesible (mejorando canales de comunicación), fortaleciendo el proceso protector.

Las redes sociales podrían ser un medio de información útil en salud especialmente en tiempos de pandemia, pero primero debemos pasar de un pensamiento fragmentado a un pensamiento crítico con la capacidad de discernir, discernir e investigar la veracidad de la información que se recibe.

La cohesión social, la solidaridad y la pertenencia e identidad de la población con su territorio (barrio, ciudad, campo y país), es importante para crear redes de comunicación y de apoyo, que se traducen en prácticas sociales saludables y que son parte de los procesos protectores en el acceso a información en salud en tiempos de infodemia.

Capítulo sexto

Rol del espacio en la determinación social del acceso a la información

Actualmente vivimos en una era de capitalismo repotenciado debido a la tecnología que ha marcado reforzadamente la globalización, a merced de los dueños de grandes monopolios que han mirado sus mayores ganancias debido a sus plataformas digitales, inteligencia artificial y biotecnologías vendidas como felicidad y plenitud. Esta acumulación de capital para algunos, junto al extractivismo, ha sido característico del siglo XXI.

De acuerdo a Breilh, nos encontramos ante la potente maquinaria ciberfísica-informática- comunicacional a través de plataformas entre personas a nivel mundial que además de comunicar instantáneamente a la población, han hecho posible el postrabajo. Es un mundo sediento que ofrece y demanda servicios en tiempo real, donde la gobernanza se establece por algoritmos y existe vigilancia total de las personas. Existe una negación institucionalizada y sacramentada de los cuatro principios que hacen posible el buen vivir y la salud: la sustentabilidad, la soberanía, la solidaridad y la seguridad integral en los espacios y sujetos de la vida.

El contexto del agresivo capitalismo de la cuarta revolución industrial es el escenario perfecto para la aparición de los cuatro jinetes de un apocalipsis de la salud: Cuatro procesos epidemiológicos catastróficos interdependientes, cuatro amenazas globales interconectadas por una misma matriz social-civilizatoria:

1. La eclosión de un ciclo de pandemias del siglo XXI (entre las cuales obviamente destaca el SARS CoV2-COVID 2019) y la reemergencia de otras epidemias.
2. El desate y la aceleración de un cambio climático catastrófico.
3. La creciente y exponencial reproducción de desigualdad social en las ciudades neoliberales del mundo y en la nueva ruralidad agrotóxica e injusta que se ha expandido.
4. El virus de la desinformación (infodemia real). (Breilh 2020, 12)

A continuación, se abordarán los dominios general y particular de la problemática ya descrita en los anteriores capítulos.

1. Dominio general

En Ecuador, los medios de comunicación eran considerados como el cuarto poder porque eran utilizados como “trinchera” de poderosos grupos económicos y políticos a su conveniencia, previo a la aprobación de la nueva Ley de Comunicación.

Basado en el apoyo popular, la Asamblea Nacional aprobó para el 2013, la nueva Ley Orgánica de Comunicación, que controla todos los medios de comunicación a través de una Superintendencia de Comunicación.(Viveros et al. 2018)

Entre otras disposiciones, la ley permite al Gobierno establecer la información que aparece en los medios y cómo la publican. (Notimérica 2016). Según la ley, la información debe entenderse como un bien público con fines de servicio, que no mercantilice y no sea comercial.

En la Sección II de la ley, se aborda los Derechos de igualdad e interculturalidad, en los artículos 36, 37 y 38, haciendo referencia a la inclusión a través de la lengua de cada cultura o nacionalidad; fomenta políticas públicas que permitan la investigación para mejorar el acceso a las personas con discapacidad a comunicación.

El sistema Nacional de comunicación tiene varios objetivos detallados en el artículo 46, resalta el primero por su vínculo con la comunidad, motivo de este estudio: “articular los recursos y capacidades de los actores públicos, comunitarios y privados que conforman el Sistema para lograr el pleno ejercicio de los derechos de la comunicación reconocidos en la Constitución, en esta Ley y en otras normas del ordenamiento jurídico ecuatoriano” (EC 2013, art.46)

Asimismo, se enuncia sobre el organismo de regulación en el artículo 55:

La Superintendencia de la Información y Comunicación es el organismo técnico de vigilancia, auditoría, intervención y control, con capacidad sancionatoria, de administración desconcentrada, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, presupuestaria y organizativa; que cuenta con amplias atribuciones para hacer cumplir la normativa de regulación de la Información y Comunicación (EC 2013, Art.55)

No existen lineamientos sobre la comunicación en épocas de crisis de salud pública como una pandemia, no se emite regulación sobre voceros oficiales y tampoco se emiten prohibiciones de emisión de contenidos que desinformen a la ciudadanía, por lo tanto, desde el dominio general, como lo constituye la política y ley de comunicación, no existe regulación y se empieza a generar vacíos de conocimiento.

Evidentemente lo ideal es tomar decisiones en base a evidencia científica, sin embargo, al presentarse un evento nuevo, del que no existe evidencia e información

previa, se mantiene un grado de incertidumbre alto que, en general, causó un retraso en la respuesta bajo el pretexto de no disponer de verdadera certeza en cuanto a la mejor decisión podría tener consecuencias muy negativas en el curso de la pandemia

A nivel mundial, la pandemia mostró que se desconoce aún las estrategias que funcionan en términos de abordaje de una crisis, y medidas a la población. Existen campañas mal elaboradas, improvisadas y sobre todo falta formación en materia de comunicación en salud, que incluya la realidad de la población en su estrategia. Durante la pandemia se experimentó un modelo deficitario cuando al principio la población no opinaba por incertidumbre y desconocimiento de la situación de la pandemia; luego se dio paso al modelo dialógico donde la población ya reaccionaba con sus percepciones de las medidas comunicadas, e incluso algunos científicos apoyaron a políticos para la toma de ciertas decisiones, enmarcadas en el tercer modelo.

Para comprender lo que se intenta explicar, se hace metáfora a un ejemplo expresado por Light sobre las reacciones adversas a los medicamentos:

Light explica que el incremento del consumo de medicamentos, sobre los cuales no se tiene mucho conocimiento sobre beneficios y riesgos, conlleva a un incremento del riesgo médico. Utiliza la expresión —privatización del riesgo, para señalar que “el Estado traslada su responsabilidad de proteger a los pacientes de los efectos adversos de los medicamentos, a los prestadores de servicios de salud y a los pacientes mismos” (Light 2010).

Podemos claramente tomar este ejemplo, tomando en cuenta que las medidas sobre COVID-19 constituyen medidas no farmacológicas dentro de una prescripción a la que el receptor de la información tiene que adherirse. El consumo de información sobre las medidas contra COVID-19 sobre lo cual, la población no tenía absoluto conocimiento al ser una pandemia nueva que afectaba a todo el mundo, aumentaba el riesgo, y produjo que el Estado traslade su responsabilidad de proteger a los pacientes, de la encarnación del desigual e inequitativo sistema de acceso a información sobre las medidas contra COVID, en la población misma o en los medios de comunicación. Sin embargo, el Estado tiene responsabilidad porque a través de la Ley Orgánica de Comunicación desarrolla, protege y regula, en el ámbito administrativo, el ejercicio de los derechos a la comunicación establecidos constitucionalmente.

2. Dominio particular

En cuanto a los modos de vida de acuerdo a la determinación social, tenemos el acceso diferenciado a la información; inequidades socioeconómicas según barrio y acceso diferenciado a tecnología y educación.

El acceso diferenciado a información en la población de acuerdo con ingreso, cultura científica, acceso a tecnología y redes sociales ya explicado en las categorías de justicia espacial y derecho a la ciudad marco la inequidad en medio de la pandemia. Además de que de por sí, en el Distrito Metropolitano de Quito la segregación espacial por barrios es marcada. Adicionalmente, el manejo de la pandemia fue fragmentado ya que se abordó desde la visión higienista y miasmática.

Es así como se dio lugar al cuarto jinete dentro del sistema capitalista y extractivista; un jinete que como lo describe Breilh, que galopa para explotarnos, controlarnos y frenarnos; es la derrota del derecho a la comunicación/información veraz, justa y oportuna, fenómeno que se expresa en la llamada infodemia (Breilh 2020).

Desde la determinación social, la infodemia real abarca otras cepas del virus de la desinformación que son aún más graves frente a la protección de la vida:

la desinformación estratégica que reproduce el sistema de comunicación/información; la desinformación científica-técnica, que se produce por las carencias, limitaciones y restricción de cobertura del sistema de información epidemiológica; y la desinformación política, de incidencia sectaria sobre la opinión colectiva. Es decir, no solo se trata del amarillismo noticioso, sino de una profunda desinformación científica que nos impide conocer lo esencial de la crisis, el retraso de un sistema sanitario incompetente y la profunda desigualdad social ante la exposición, el contagio y la vulnerabilidad. (Breilh 2020, 13)

En cuanto a la segregación espacial, fue la base de la crisis, teniendo un espacio segregado que tuvo barrios más afectados: Chillogallo, Guamaní y Belisario Quevedo donde, existen procesos que los convierte en más vulnerables, por ejemplo, las actividades informales que prevalecen. La movilidad se da mediante el transporte público en el que no se respeta ningún tipo de distanciamiento social y además existen niveles socioeconómicos diferenciados en una misma zona. Existe vulnerabilidad de acuerdo con las actividades laborales en su mayoría informales o si se tratan de actividades con alto riesgo de contagio, como personal de salud, policías, trabajadores de la empresa de agua potable, entre otras.

La segregación espacial se nota a través de las diferencias en las características socioeconómicas entre varios sectores de la ciudad, que han provocado quiebres en el tejido social.

Aún es existente la inequidad en la distribución de recursos. La pobreza por NBI afecta al 29,7% de la población quiteña; en la zona rural de Quito la pobreza por NBI alcanza al 40% y la extrema pobreza (11,3%) es más del doble que en lo urbano. Por lo tanto, se evidencia como Quito está caracterizado por inequidad y poca uniformidad entre los diferentes barrios, lo cual la volvió claramente vulnerable a la transmisibilidad de un virus introducido.

2.1. Acceso diferenciado a educación y salud

La educación y la salud constituyen recursos de información en salud, por lo tanto, las escuelas y centros de salud constan como lugares donde se podía obtener información acerca de la pandemia, sin embargo, es importante conocer su situación en el Distrito Metropolitano de Quito. A continuación, se expondrán brevemente los espacios que pueden ser insumo de información sobre la pandemia, como las escuelas y los centros de salud.

Las principales parroquias donde se concentran la mayor cantidad de establecimientos educativos son el Centro Histórico, Solanda, La Magdalena, Chimbacalle y la Ferroviaria, sin embargo, las principales parroquias del Distrito Metropolitano de Quito donde se registra la mayor parte de estudiantes son: Calderón/Carapungo con el 7,8%; Ñaquito con el 4,38%; Conocoto con el 3,8%; San Bartolo y Centro Histórico con el 3,5% cada uno, y La Magdalena con el 3,47% (Quito cómo vamos 2022) (Figura 74).

La formación básica reúne al 71,11% de estudiantes, seguida por el bachillerato, con el 22,18%, y la educación inicial con el 6,7%. Las instituciones con mayor presencia de estudiantes fueron las fiscales con el 65,21% de inscritos. Las particulares abarcan al 26,82%, las fiscomisionales al 4,28% y las municipales al 3,67%. (Quito cómo vamos 2022, 50)

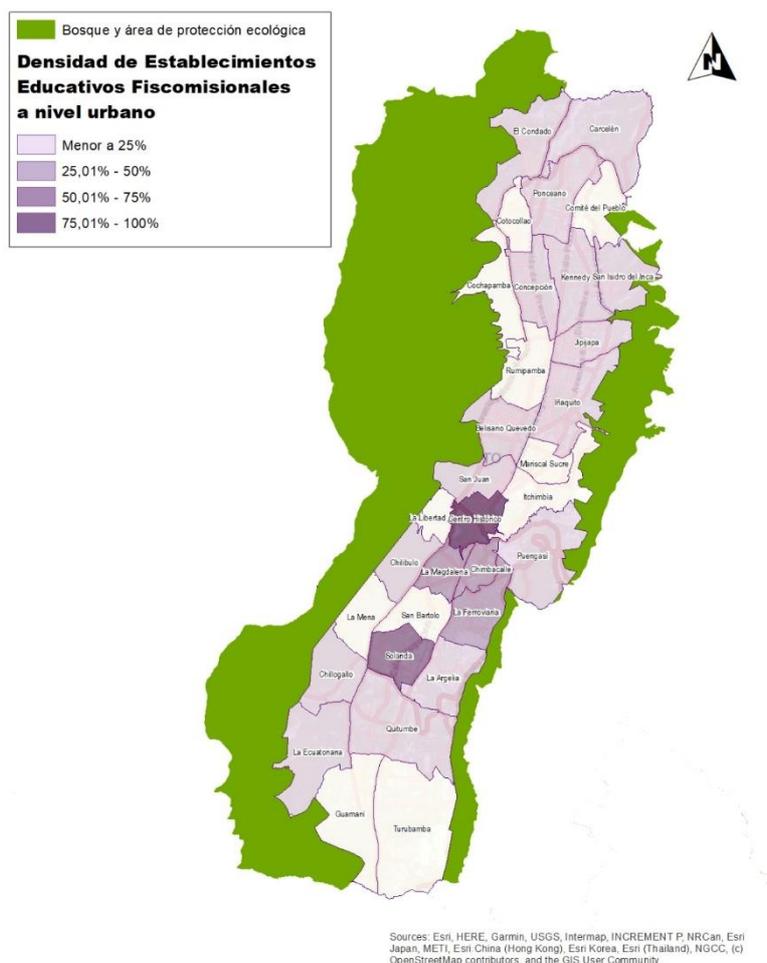


Figura 74. Densidad de establecimientos educativos fiscomisionales. Elaboración propia.

Acerca de los establecimientos de salud, según un estudio de (Torres 2018), la distribución en el Distrito Metropolitano de Quito tiende a ser dispersa cubriendo en mayor porcentaje el territorio, pese a que su topografía es más irregular. La accesibilidad espacial a salud se concentra totalmente en la mancha urbana consolidada, por el tipo de vías, topografía, densidad poblacional y servicios de transporte público. “Las áreas donde se evidencia un escenario óptimo para una adecuada accesibilidad espacial y una igualdad en atención en salud es reducida, se localizan únicamente en la mancha urbana consolidada y definida, donde el nivel de concentración poblacional es mayor” (Torres 2018, 106).

Considerando como más desigual, si presentó casos de mortalidad materna, desnutrición infantil y pobreza, se determinó que en el sector sur presenta buena accesibilidad espacial sin desigualdad; sin embargo, en el sector norte centro, a pesar de que su accesibilidad es buena, presenta mayor desigualdad. “Para Quito, la accesibilidad

espacial y los establecimientos de salud se encuentran cubriendo o están muy próximos geográficamente a los centros urbanos, lo cual muestra que la accesibilidad espacial ha influenciado en el desarrollo de estos centros de actividad económica” (Torres 2018, 104).

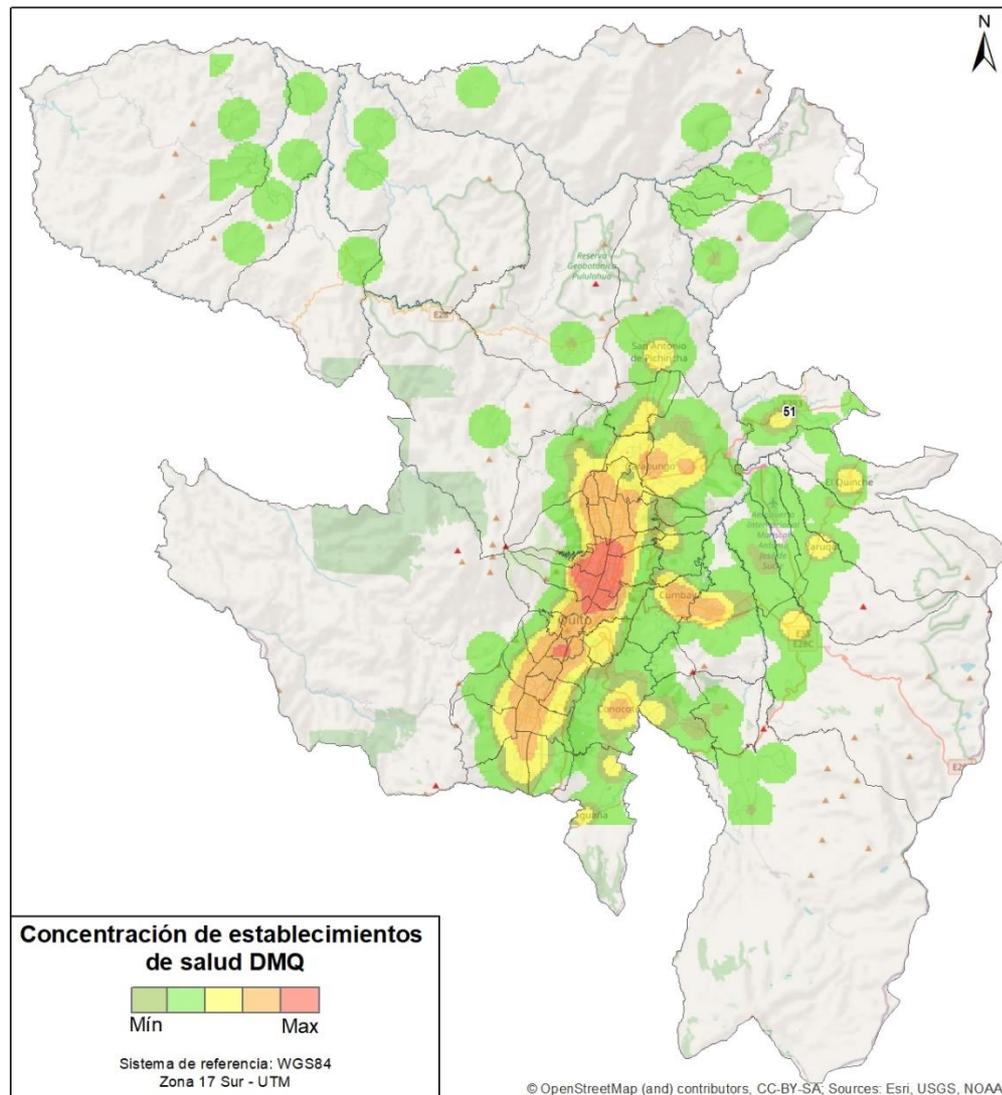


Figura 75. Concentración de establecimientos de salud DMQ.
Elaboración propia.

Adicionalmente, la distribución espacial justa de servicios e infraestructura en educación y salud, garantiza una mejor accesibilidad de los servicios para cualquier persona, cumpliendo con el derecho universal de educación y salud, pero para que esto pueda generarse es necesario el hacerlo en el contexto de la justicia espacial, a través de la ejecución al derecho a la ciudad, ya estudiado en anteriores capítulos.

2.2 La catástrofe de la pandemia

La catástrofe de la pandemia y sus consecuencias a nivel mundial son producto de varios procesos que aún no han sido totalmente abordados. Es imprescindible el énfasis en el fenómeno que nuevamente vivimos: la conocida Teoría del Shock de Klein (Lange V. 2010), ya que en la primera fase de la pandemia, como se mencionó, se tomaron medidas masivas de cuarentena y aislamiento, incluso por momentos se militarizaron algunas ciudades para el cumplimiento de estas medidas, para luego relajarlas, abrir lugares de aglomeración tales como playas, centros comerciales, etc. Y declarar feriados nacionales y prolongados para “reactivar la economía” producto del capitalismo y sistema neoliberal en el que se maneja la pandemia en Ecuador, mientras tanto, la capacidad hospitalaria vuelve a saturarse y las unidades de cuidados intensivos siguen llenas. La catástrofe del acceso a la información en esta pandemia es producto de un sistema que no invierte en salud, que ha disminuido el gasto público en sanidad. Tomando en cuenta la desigual distribución local de centros de atención de salud y de hospitales en el país, sin contar con planes de atención. Es vital una reforma contrahegemónica de todos los sistemas, no solamente con medidas aisladas.

En la evolución de la pandemia, se mantuvo tres características particulares que destacan y que permiten entender el complejo manejo epidemiológico: su velocidad de propagación e infección; la gravedad y letalidad; y la perturbación social y económica. Las primeras características saturaron los sistemas de salud a nivel mundial, siendo la tasa bruta de mortalidad mayor al 3%. La implementación de medidas de salud pública conllevó todo un marco conceptual y de planificación que incluye fases de diseño, iniciación, mantenimiento y ejecución; sin embargo, debido al contexto pandémico, sin ser una justificación, lamentablemente, se obviaron o en su defecto, se aceleraron ciertas fases, por lo que no se abordó a la pandemia en contexto de la determinación social y en matriz de procesos críticos tratando los modos de las colectividades, sino desde un sistema centralizado y enfocado a la enfermología.

La lógica de urgencia de las medidas, sin considerar el espacio y territorio, y además todos los contextos y poblaciones, no solamente se da en un cuadro enmarcado por la negligencia de los gobiernos neoliberales, sino por una lógica basada en la teoría del Shock, descrita por Klein, en la que se prioriza totalmente el beneficio económico, para el cual, el tiempo es oro: para generar capital, ganancias, excluyendo a los beneficios a población vulnerable y actuando en función de las condiciones que le

convienen al sistema capitalista.

El modelo causal de la epidemiología y sus respuestas ante la crisis, no permite la explicación epidemiológica, por lo tanto, dicha ciencia se ha dedicado a describir y predecir riesgo y probabilidad (Breilh 2020). El manejo epidemiológico desde la perspectiva lineal y hegemónica tomó varias medidas que actualmente están causando varios quiebres en todos los sistemas que sostienen el mundo:

Las restricciones de movilidad y cierre de fronteras, que en un principio funcionaron de manera poco organizada, rompieron el sistema del comercio a través de las fronteras, y los países que más sufrieron las consecuencias fueron los países latinoamericanos, exportadores, los pequeños productores. En la segunda etapa de la pandemia, hace pocos meses, en varios países como Francia y España, se volvían a tomar las medidas de restricción por una supuesta segunda ola, por lo que se cerraron las fronteras de nuevo; sin embargo esta vez con un período de tiempo para poder “evitar” las medidas, los que podían, los que disponían de transporte, los que podían costear vivienda en las afueras, ellos salieron en busca de poblados donde no se apliquen las medidas de restricción, quedándose así en los lugares donde las medidas se aplican, aquellos sin recursos, a los que sus negocios y pequeñas producciones les obligaba a no migrar. En resumen, el fenómeno de la migración interna, además de ser la muestra visible de la inequidad y las diferencias en las poblaciones, es uno de los procesos que provoca más brotes epidémicos o pandémicos.

El distanciamiento social que es una medida que no solamente consistía en un distanciamiento físico, sino emocional, mental, y basados en la estructura y complejidad del ser humano y su constructo social, terminó causando Los eventos pandémicos como tal, tienen impactos en un sinnúmero de aspectos que deterioran finalmente la salud de forma integral. A pesar de que la experiencia de una pandemia es diferente dependiendo de las características demográficas, culturales y socioeconómicas de la población de cada país; existieron claros ejemplos en otras pandemias como SARS y MERS en años pasados, que evidenciaron el empeoramiento del sufrimiento psicosocial de la población, que de forma generalizada, ha experimentado miedo a contraer la enfermedad, a la muerte, a la soledad causada por la cuarentena, (Salari et al. 2020), debido a situaciones como la incertidumbre del futuro, impredecibilidad del virus, la cantidad excesiva de información, y el aislamiento social (Rajkumar 2020).

Todas estas medidas no encontraron sentido para la población ya que no se ajustaban a su realidad, por lo tanto, su respuesta era no acatar las medidas, lo cual, determinó un fracaso en el manejo de la pandemia, inicialmente.

La falta de abordaje contrahegemónico, con base a la complejidad del territorio y del espacio (Figura 76), promovieron medidas aisladas, que evidenciaban segregación social y de poder, donde pocos se beneficiaron y los más vulnerables sufrieron.



Figura 76. Procesos en el rol del espacio en el acceso a la información sobre medidas contra COVID-19.

Conclusiones

El Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) es un territorio que muestra diferencias socio espaciales entre la parroquias urbanas y rurales y al interior de la ciudad de Quito (territorio de la investigación). Diferencias e injusticias socio espaciales visualizadas en los datos y en las narrativas espaciales, diferencias no solo en las estructuras territoriales marcadas por los paisajes geográficas, sino también, diferencias socio espaciales construidas por prácticas que respondieron socio-históricamente a matrices de poder (social y económico) inequitativas.

De los resultados de la investigación podemos deducir que, las políticas públicas y la información oficial generada por los actores estatales son emitidas sin considerar las particularidades del territorio y de los sujetos sociales que lo habitan, por ejemplo, la política pública “quédate en casa”, no pudo ser aplicado por los sujetos sociales que viven en condiciones de hacinamiento, con servicios básicos limitados, con medios de subsistencia basados en la informalidad, entre otros, que los convierte en parte de los grupos sociales vulnerables al impacto del Covid-19 . En relación con la información oficial emitida por los actores estatales puso en evidencia su incipiente impacto de comunicación en todos los niveles socioeconómicos especialmente en los más bajo y vulnerables, con una falta de comunicación estratégica centrada en la población.

En la pandemia del Covid-19, la información de las medidas de cuidado, prevención y acción, fue tratada desde la visión del contagionismo y no se consideraron las particularidades del territorio donde se expresan niveles socioeconómicos diferenciados, accesos a información, a tecnología, manejo o disponibilidad de redes sociales, etc.

Los resultados de las encuestas demostraron que en los tres barrios seleccionados de Quito (con niveles socioeconómicos diferenciados como alto, medio y bajo), no existen brechas en el acceso a información marcadas por la disponibilidad de internet y/o equipos como el celular, resultado a destacar. El nivel socioeconómico marca la relación con la recepción de la información sobre las medidas contra la pandemia por COVID-19, en el medio de uso, la frecuencia y percepción de utilidad y la percepción de noticias falsas, por lo tanto, el nivel socioeconómico expresado en modos y estilos de vida

determina socialmente si la información recibida en tiempos de pandemia pudo ser parte de un proceso destructor o protector.

La información transmitida por el centro de salud, escuela y directiva del barrio son considerados como fidedignos por la población por lo cual sería importante aumentar su accesibilidad y uso para ser considerados como protectores en el proceso de acceso a información, a pesar que se destacó la escuela como medio de obtención de información, más que el centro de salud, por lo que se deben trabajar en estrategias para incluso trabajar articuladamente el sector salud con educación para llegar con información en salud a más población.

La cohesión social, pertenencia e identidad de la población con su barrio se configuró como vital para crear redes de comunicación por lo cual representa un proceso de protección que promueve la utilización de la directiva del barrio, centro de salud y escuela como medios fidedignos de obtención de información. Además, se encuentra importante tomar en cuenta las redes de solidaridad virtual formado a través de redes, que también funcionaría como apoyo para la obtención de información de medidas contra COVID-19.

El análisis desde la determinación social nos permitió abordar de forma multidimensional a la problemática desde lo general con un análisis de la falta de políticas públicas en comunicación en salud por parte del gobierno; lo particular con el análisis de los modos de vida, segregación de poder y reproducción social de los barrios de Quito y lo individual (brevemente), con la problemática de la desinformación, abordando los procesos protectores y destructores en la matriz de procesos críticos, donde se evidenció la fragmentación de la promoción y prevención de la salud, la segregación de poder fue marcada por el cumplimiento de normas verticales, el acceso a información por parte de la población segregado, y que no necesariamente tiene que ver con acceso a tecnología, ya que la información que se obtiene no necesariamente es educativa o informativa sino desinformativa, por lo cual se comprende que es necesario garantizar acceso a información de calidad, con información dirigida a la población dentro de la complejidad del territorio, dirigido a varios grupos de edades, con contenido amigable, que incluso tomen en cuenta edad, nivel socioeconómico, cultura, entre otros procesos.

Adicionalmente, dentro de la reproducción social, se ha abordado como el vacío de conocimiento genera curiosidad por conocer la verdad, la razón, y la ciencia y la población busca información para salvar su vida, y cómo la falta de acceso a información

y la inequidad en el derecho a la misma se subsume en la desinformación como proceso mal sano que incluso ha cobrado vidas en esta pandemia por COVID-19.

A partir de estos hallazgos, se promueve fortalecer instancias como el centro de salud, escuela y directiva de cada barrio como facilitadores de información en salud, para que la información de salud llegue a la población de forma fidedigna y accesible. Adicionalmente, se recomienda que se trabaje en mejores mecanismos de entrega de información en salud, no fragmentada, que permita formar un pensamiento crítico en los receptores de aquella información. Además, se sugiere promover las redes de solidaridad, la cohesión social, la solidaridad y la pertenencia e identidad de la población con su territorio para crear redes de comunicación y de apoyo, que se traduzcan en prácticas sociales saludables, que sean parte de los procesos protectores en el acceso a información en salud en tiempos de infodemia.

Por ello, la propuesta ante esta problemática constituye el monitoreo crítico cuyo fundamento es la Epidemiología Crítica y, por lo tanto, solamente cambiando el paradigma cartesiano es que se puede lograr tener una visualización diferente de la realidad, de las problemáticas y por lo tanto una diferente praxis. El modelo se convierte en un modelo de gestión, de planificación, de aplicación de estrategias, de la definición de la problemática a partir de una matriz de procesos críticos que aborda la problemática desde los dominios general y particular, por lo que se brinda una propuesta para el mejoramiento del acceso a la información con mirada territorial desde la determinación social (Figura 77).

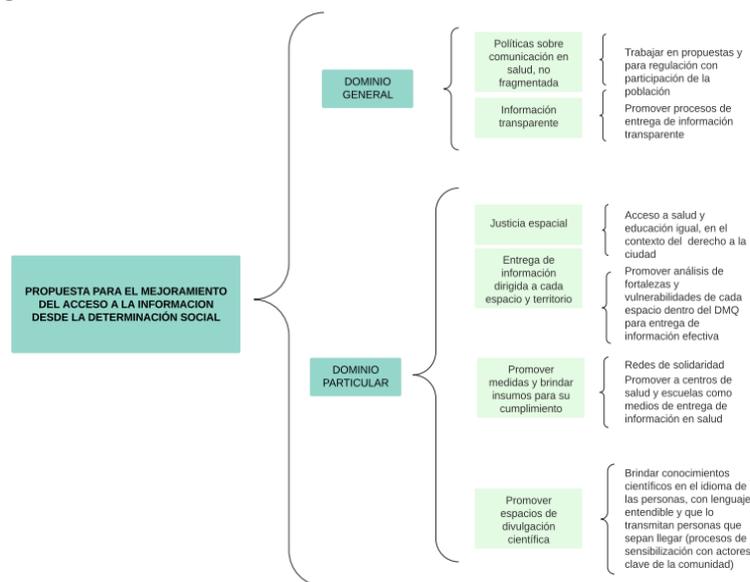


Figura 77. Propuesta para el mejoramiento del acceso a la información desde la determinación social. Elaboración propia.

Lista de referencias

- Basile, Gonzalo, y Marinilda Rivera-Díaz. 2022. *Epidemiología Crítica del SARS-COV-2 en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires.
- Bayas Ramírez, Krushenka. 2021. “Comunicación y desinformación en tiempos de COVID-19 en Ecuador”. *URU, Revista de Comunicación y Cultura*, n.º 4 (septiembre): 178-93. <https://doi.org/10.32719/26312514.2021.4.5>.
- Botello-Peñaloza, Héctor Alberto. 2015. “Determinantes del acceso al internet: Evidencia de los hogares del Ecuador”. *Entramado* 11 (2): 12-9. <https://doi.org/10.18041/entramado.2015v11n2.22205>.
- Bravo, Norman. 2017. “El capital social como determinante de salud pública”. *Revista de Calidad Asistencial* 32 (6): 342-6. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.09.003>.
- Breilh, Jaime. 2013. “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31 (diciembre): 13–27.
- . 2020. “SARS-CoV2: rompiendo el cerco de la ciencia del poder Escenario de asedio de la vida, los pueblos y la ciencia”. En *Posnormales*, 31-90. s. l.: ASPO. https://www.academia.edu/43722890/Posnormales_ASPO.
- Breilh, Jaime, Edmundo Granda, Arturo Campaña, y Oscar F. Betancourt. 1983. “Ciudad y muerte infantil”. *Epidemiología Científica: teoría e práctica*, n.º 3: 194.
- Carrión, Fernando. 2012. “La forma urbana de Quito: una historia de centros y periferias”. *Bulletin de l’Institut Français d’Études Andines* 41 (3): 503-22.
- Carrión, Fernando, y Manuel Dammert-Guardia, eds. 2019. *Derecho a la ciudad: una evocación de las transformaciones urbanas en América Latina*. Lima: Clacso, Flacso, IFEA. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/151182-opac>.
- Castiel, L. D., y J. Sanz-Valero. 2010. “El acceso a la información como determinante social de la salud”. *Nutrición Hospitalaria* 25: 26-30.
- Choi, Soo Beom, Jin-Ha Yoon, y Wanhyung Lee. 2020. “The Modified International Standard Classification of Occupations defined by the clustering of occupational characteristics in the Korean Working Conditions Survey”. *Industrial Health* 58 (2): 132–41. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2018-0169>.
- EC. 2013. *Ley Orgánica de Comunicación*. Registro Oficial 22, Tercer Suplemento.

- EC INEC. 2020. “Proyecciones Poblacionales”. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2020. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>.
- . 2022. “Tecnologías de la Información y Comunicación-TIC”. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2022. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/tecnologias-de-la-informacion-y-comunicacion-tic/>.
- Espinosa, Rolando. 2020. “El proyecto de espaciología de Henri Lefebvre”. *Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía* 29 (2): 505-25. <https://doi.org/10.15446/rcdg.v29n2.80702>.
- Eysenbach, Gunther. 2020. “How to Fight an Infodemic: The Four Pillars of Infodemic Management”. *Journal of Medical Internet Research* 22 (6): e21820. <https://doi.org/10.2196/21820>.
- Flores, Margarita, y Fernando Rello. 2001. “Capital social: virtudes y limitaciones”. En *Conferencia Regional sobre capital social y pobreza*. Santiago de Chile: CEPAL/Universidad de Michigan. <https://www.flacsoandes.edu.ec/agora/capital-social-virtudes-y-limitaciones>.
- Gallur Santorun, Santiago. 2017. “La producción informativa bajo lupa, 1939-2010.” *RICSH Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas* 6 (12): 250-75. <https://doi.org/10.23913/ricsh.v6i12.132>.
- Gasca Salas, Jorge. 2017. “Henri Lefebvre y el derecho a la ciudad. Exégesis desde sus ‘Tesis sobre la ciudad’”. *Bitácora Urbano Territorial* 27 (2): 19-26. <https://doi.org/10.15446/bitacora.v27n2.63039>.
- Gudiño, Diego, María Jesús Fernández-Sánchez, María Teresa Becerra-Traver, y Susana Sánchez. 2022. “Social Media and the Pandemic: Consumption Habits of the Spanish Population before and during the COVID-19 Lockdown”. *Sustainability* 14 (9): 5490. <https://doi.org/10.3390/su14095490>.
- Guzmán, Marcela. 2007. “El espacio urbano y las relaciones sociales: una mirada a las teorías de Edward Soja”. *Comunicación* 16 (2): 36-42.
- Instituto de la Ciudad. 2022. “Dispersión urbana, centralidades y compacidad en el DMQ”. *Instituto de la ciudad* (blog). 3 de febrero de 2022. <https://institutodelaciudad.com.ec/dispersion-urbana-centralidades-y-compacidad-en-el-dmq/>.
- Instituto Geográfico Militar. 1992. *Atlas infográfico de Quito: socio-dinámica del espacio y política urbana Quito*. Quito: Instituto Panamericano de Geografía e Historia Sección Nacional del Ecuador.

- https://www.flacso.edu.ec/biblio/shared/biblio_view.php?bibid=126507&tab=opac.
- Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. 2023. "COVID-19 Map". Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. 2023. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
- Johnson, Neil. 2020. "Covid-19 infodemic reveals new tipping point epidemiology and a revised R formula". arXiv. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2008.08513>.
- Lange V., Carlos. 2010. "La Doctrina del Shock. El auge del capitalismo del desastre". *Revista INVI* 25 (70): 225-7. <https://doi.org/10.4067/S0718-83582010000300007>.
- Light, Donald. 2010. *The risks of prescription drugs*. Nueva York: Columbia University Press. <https://www.amazon.com/Risks-Prescription-Drugs-Columbia-Privatization/dp/0231146930?asin=0231146930&revisionId=&format=4&depth=1>.
- Massoni, Sandra. 2007. *Estrategias. Los desafíos de la comunicación en un mundo fluido*. Rosario, Argentina: Homo Sapiens.
- Memoria chilena. 2021. "Ciencia de la higiene o higienismo". <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-93702.html>.
- Mendoza, Alexander. 2020. "Análisis de los determinantes socioeconómicos del uso del servicio de internet en la población de la región Piura 2018". Tesis de maestría, Universidad Nacional de Piura. <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/20.500.12676/2752>.
- Menéndez Villacreces, Mónica, Irene Trelles Rodríguez, Ana Teresa Badia Valdés, Fabio Donoso, Mónica Menéndez Villacreces, Irene Trelles Rodríguez, Ana Teresa Badia Valdés, y Fabio Donoso. 2020. "Reflexiones en torno a la gestión de la comunicación de riesgos a propósito de la COVID-19". *Alcance* 9 (24): 128-48.
- Morales-Borrero, Carolina, Elis Borde, Juan Eslava, y Sonia Concha. 2013. "¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas". *Revista Salud Pública* 15 (6). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642013000600001.
- Notimérica, Europa. 2016. "¿En qué consiste la Ley de Comunicación de Ecuador?". Europa Press. 4 de noviembre de 2016. <https://www.notimerica.com/politica/noticia-consiste-ley-comunicacion-ecuador-20161104124538.html>.

- Nussbaumer-Streit, Barbara, Verena Mayr, Andreea Iulia Dobrescu, Andrea Chapman, Emma Persad, Irma Klerings, Gernot Wagner, et al. 2020. "Quarantine Alone or in Combination with Other Public Health Measures to Control COVID-19: A Rapid Review". *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 4 (4): CD013574. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013574>.
- OEA. 1969. "Convención Americana sobre Derechos Humanos". <https://www.oas.org/es/cidh/expresion/showarticle.asp?artID=25&IID=2>.
- Organización Mundial de la Salud. 2018. *Comunicación de riesgos en emergencias de salud pública: directrices de la OMS sobre políticas y prácticas para la comunicación de riesgos en emergencias*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272852>.
- Ortiz Prado, Esteban, y Doménica Cevallos Robalino. 2021. "COVID en Ecuador, perspectivas desde la salud pública". En *La enfermedad del Coronavirus-2019 (COVID-19) y el SARS-COV-2: Una visión multidisciplinaria de la pandemia, su origen, sus implicaciones médicas, sociales y sanitarias*, 519-30. Quito: UDLA Ediciones. <https://www.udlaediciones.com.ec/tienda/la-enfermedad-del-coronavirus-2019-covid-19-y-el-sars-cov-2-una-vision-multidisciplinaria-de-la-pandemia-su-origen-sus-implicaciones-medicas-sociales-y-sanitarias/>.
- Palero, Juan Santiago, y Mariel Avila. 2020. "Covid-19. La vigencia del higienismo decimonónico en tiempos de cuarentena". *Cuaderno urbano* 29: 9-26. <https://doi.org/10.30972/crn.29294620>.
- Paquot, Thierry. 2011. "Releer El derecho a la ciudad de Henri Lefebvre". *Urban*, n.º 2: 81-7.
- Pellegrini Filho, Alberto. 2002. "Inequidades de acceso a la información e inequidades en salud". *Revista Panamericana de Salud Pública* 11: 409-12. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000500015>.
- Pérez. 2017. "The End of a Traditional Class Distinction in Neoliberal Society: 'White-collar' and 'Blue-collar' Work and its Impact on Chilean Workers' Class Consciousness". 2017. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0896920515585609>.
- Quito cómo vamos. 2022. "Informe de la calidad de vida en el DMQ 2022". https://quitocomovamos.org/wp-content/uploads/2022/10/INFORME-CALIDAD-DE-VIDA-QUITO-2022_compressed.pdf.

- Rajkumar, Ravi Philip. 2020. "COVID-19 and mental health: A review of the existing literature". *Asian Journal of Psychiatry* 52: 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>.
- Richardson, Eugene T. 2019. "Ebola and the Narrative of Mistrust". *BMJ Global Health* 4 (6): e001932. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001932>.
- Rushton, Simon. 2011. "Global Health Security: Security for Whom? Security from What?" *Political Studies* 59 (4): 779–96. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.2011.00919.x>.
- Sanchez, Juan David. 2015. "PAHO/WHO | La Comunicación de Riesgo". Pan American Health Organization / World Health Organization. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11400:la-comunicacion-de-riesgo-preguntas-frecuentes&Itemid=41610&lang=en#gsc.tab=0.
- Torres, Angel. 2018. "El sistema de salud pública en ciudades policéntricas, un análisis comparativo de las áreas metropolitanas de Quito y Guayaquil a través de la dimensión espacial en el territorio". Tesis de maestría, Flacso Ecuador. <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/13626>.
- UEES. 2022. "Secuelas en el consumo de medios luego de la pandemia Covid-19". *UEES* (blog). 25 de febrero de 2022. <https://uees.edu.ec/secuelas-en-el-consumo-de-medios-luego-de-la-pandemia-covid-19/>.
- Universidad Pompeu Fabra. 2020. "Evolución de la comunicación y la percepción de la pandemia de covid-19: presentación del Informe Quiral". <https://ccs.upf.edu/evolucion-de-la-comunicacion-y-la-percepcion-de-la-pandemia-de-covid-19-presentacion-del-informe-quiral-2020/>.
- Vázquez, María. 2021. "Factores protectores y de riesgo en el uso de redes sociales en adolescentes". Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/11212/1/16749.pdf>.
- Viveros, Diana, y Claudia Mellado. 2018. "La Ley de Comunicación y su impacto en la materialización de los roles profesionales periodísticos en las noticias de la prensa de referencia en Ecuador". *Comunicación y sociedad*, nº 32: 143-69. <https://doi.org/10.32870/cys.v0i32.6587>.
- Zamora Acosta, Giannina Elizabeth. 2022. "El espacio socialmente producido y el espacio en la determinación social de la salud: agroindustria bananera 1948-2018:

Costa sur”. Tesis doctoral, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
<http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8691>.

Zuluaga, Lina María, y Adolfo Grisales Vargas. 2020. “La (in)justicia espacial y la producción social de los asentamientos informales en Colombia”. *Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía* 29 (1): 118-32.
<https://doi.org/10.15446/rcdg.v29n1.73099>.

Anexos

Anexo 1. Encuesta aplicada en los tres barrios escogidos del DMQ

EL ROL DEL ESPACIO EN EL ACCESO A LA INFORMACION EN TRES BARRIOS DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO.

Gracias por tomarse un tiempo para contestar esta encuesta. Estas preguntas son parte de un estudio que busca entender sobre el acceso a información que las personas tuvieron sobre las medidas contra el COVID-19, para tomar decisiones sobre su vida durante la pandemia y cómo influye su lugar de residencia y nivel socioeconómico en el acceso a información sobre medidas contra COVID-19

Usted debe saber que esta es información confidencial, NO PIDE DATOS SENSIBLES, ES COMPLETAMENTE ANONIMA. Para cualquier duda puede comunicarse con la Dra. Doménica Cevallos, la investigadora principal al número 0986137799. Gracias por su tiempo!

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. NUMERO DE FORMULARIO

Sección 1. Demográfica

A continuación se presentan preguntas respecto a las características de la población que vive en este barrio

2. ¿En qué barrio vive?

Marca solo un óvalo.

- La Vicentina
- La lucha de los Humildes
- Granda Centeno

3. ¿Cuánto tiempo reside en este barrio?

Marca solo un óvalo.

- 2 años
 Más de 2 años
 Menos de 2 años

4. ¿Es usted el/la jefe del hogar?

Marca solo un óvalo.

- Si
 No

5. ¿Qué parentesco tiene con el jefe del hogar?

Marca solo un óvalo.

- Esposa
 Hija/o
 Nuera
 Vivo solo/a
 Soy el jefe del hogar

6. ¿Con qué sexo se autoidentifica?

Marca solo un óvalo.

- Masculino
 Femenino
 Prefiero no decirlo

7. ¿Con qué etnia se autoidentifica?

Marca solo un óvalo.

- Mestizo
- Montubio
- Negro
- Mulato
- Indígena

8. ¿Cuántos años tiene?

9. ¿Cuántas personas viven dentro de la casa?

Marca solo un óvalo.

- Una
- Dos
- Tres
- Más de tres

10. ¿Cuál es su nivel de estudios?

Marca solo un óvalo.

- Sin estudios
- Primaria completa
- Primaria incompleta
- Secundaria incompleta
- Bachiller
- Universidad completa
- Maestría o posgrado

11. ¿Cuál es su ocupación?

12. ¿Se encuentra afiliado a algún seguro?

Marca solo un óvalo.

No

Sí

13. Si su respuesta a la pregunta anterior fue sí, mencione el tipo de seguro

Marca solo un óvalo.

Seguro social IESS

Privado

Laboral

ISSFA

ISSPOL

14. Registre el grupo de edad de los miembros de la familia (puede señalar más de una opción)

Selecciona todos los que correspondan.

Gestante

Recién nacido

Niños

Adolescentes

Adultos jóvenes

Adultos mayores

15. ¿Tiene acceso a internet en su vivienda?

Marca solo un óvalo.

Sí

No

16. Si tiene acceso a internet, ¿con qué frecuencia lo utiliza?

Marca solo un óvalo.

Siempre que estoy en casa

Casi siempre

A veces

Nunca

17. ¿Tiene televisión?

Marca solo un óvalo.

Sí

No

18. ¿Los miembros que viven en su casa tienen celular?

Marca solo un óvalo.

Sí

No

19. ¿Hay miembros de su familia registrados en una red social

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No se

20. Si la respuesta anterior fue sí, indique las redes sociales a las que están inscritos los miembros de su familia

Selecciona todos los que correspondan.

- Facebook
- Twitter
- Instagram
- Tik Tok
- Whastapp

Salta a la pregunta 21

Sección 2. Barrio y sus características.

En esta sección se encontrarán preguntas sobre su barrio, las características del mismo y la dinámica con sus vecinos del barrio durante la pandemia

21. Respecto a su barrio:

En una palabra, ¿qué le caracteriza?

22. Durante la pandemia, en cuanto a la pertenencia al barrio: *

Marca solo un óvalo por fila.

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
<p>Cuando le preguntan donde vive, ¿usted dice con sinceridad y orgullo el barrio al que pertenece?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>¿Existieron mingas o reuniones de apoyo para las personas más afectadas en su barrio?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Participó en actividades de apoyo en su barrio?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>La solidaridad fue algo primordial entre sus vecinos durante la pandemia?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Sus hijos ¿estudiaron/estudian en una escuela de su barrio?

Marca solo un óvalo.

Sí

No

24. ¿Considera su barrio seguro?

Responda en la siguiente escala del 1 al 5, siendo 1 si considera su barrio muy seguro y 5 si lo considera inseguro totalmente.

Marca solo un óvalo.

1

2

3

4

5

25. Cuando estuvo enfermo durante la pandemia, acudió a su centro de salud más cercano para obtener atención médica?

Marca solo un óvalo.

Sí

No

26. Si su respuesta a la pregunta anterior fue no, ¿por qué?

Marca solo un óvalo.

- Queda muy lejos
- No pude obtener turno
- Prefiero ir a un médico particular

Salta a la pregunta 27

Acceso a información durante la pandemia

En esta sección se abordará el acceso que usted tuvo a información sobre medidas contra el COVID-19: los medios a través de los que obtuvo la misma y su contenido.

27. ¿El centro de salud más cercano brindó charlas a su barrio sobre medidas contra COVID-19 como lavado de manos, uso de mascarilla, o vacunación ?

Marca solo un óvalo.

- No
- Sí
- No sé

28. ¿En la escuela, sus hijos recibieron alguna charla sobre medidas preventivas sobre COVID, tales como lavado de manos, uso de mascarilla, o vacunación?

Responda solo si su hijo se encuentra en una escuela del barrio

Marca solo un óvalo.

- No
- Sí
- No sé

29. **EN EL 2020**

¿A través de qué medio obtuvo la mayor cantidad de información sobre las medidas contra COVID-19?

Escoja uno

Marca solo un óvalo.

- Televisión
- Facebook
- Twitter
- Whatsapp
- Prensa escrita
- Radio
- You tube
- Directiva del barrio
- Vecinos
- Centro de salud
- Escuela
- Tik tok

30. **EN EL 2022**

¿A través de qué medio obtiene la mayor cantidad de información sobre las medidas contra COVID-19?

Escoja uno

Marca solo un óvalo.

- Televisión
- Facebook
- Twitter
- Whatsapp
- Prensa escrita
- Radio
- You tube
- Directiva del barrio
- Vecinos
- Centro de salud
- Escuela
- Tik tok

31. **EN EL 2020:**

En relación con el medio en que usted se informaba durante la pandemia por COVID 19, ¿con qué frecuencia usó usted?

Marque una respuesta por fila

Marca solo un óvalo por fila.

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
Whatsapp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facebook	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radio local	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Noticieros en Tv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sitio web oficial del gobierno (Ministerio de salud pública, Secretaría de salud municipio de Quito, IESS, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
You tube	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prensa escrita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centro de salud cercano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Directiva del barrio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instagram	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tik Tok	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. **EN EL 2022:**

En relación con el medio en que usted se informaba durante la pandemia por COVID 19, ¿con qué frecuencia usa usted?

Marque una respuesta por fila

Marca solo un óvalo por fila.

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
Whatsapp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facebook	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radio local	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Noticieros en Tv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sitio web oficial del gobierno (Ministerio de salud pública, Secretaría de salud municipio de Quito, IESS, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
You tube	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prensa escrita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centro de salud cercano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Directiva del barrio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instagram	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tik Tok	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. **EN EL 2020**

*

¿En relación con el medio en que usted se informa durante la pandemia por COVID 19, con qué frecuencia le fue útil la información que le brinda?

Marque una respuesta por fila

Marca solo un óvalo por fila.

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
Whatsapp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facebook	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radio local	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Noticieros en Tv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sitio web oficial del gobierno (Ministerio de salud pública, Secretaría de salud municipio de Quito, IESS, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
You tube	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prensa escrita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centro de salud cercano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Directiva del barrio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instagram	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tik Tok	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. **EN EL 2022**

*

¿En relación con el medio en que usted se informa durante la pandemia porCOVID 19, con qué frecuencia le es útil la información que le brinda?

Selecciona todos los que correspondan.

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	No utilizó
Whatsapp	<input type="checkbox"/>				
Facebook	<input type="checkbox"/>				
Radio local	<input type="checkbox"/>				
Noticieros en Tv	<input type="checkbox"/>				
Sitio web oficial del gobierno (Ministerio de salud pública, Secretaría de salud municipio de Quito, IESS, etc)	<input type="checkbox"/>				
You tube	<input type="checkbox"/>				
Prensa escrita	<input type="checkbox"/>				
Centro de salud cercano	<input type="checkbox"/>				
Directiva del barrio	<input type="checkbox"/>				
Instagram	<input type="checkbox"/>				
Tik Tok	<input type="checkbox"/>				

35. De acuerdo a su experiencia, ¿a través de qué medio se transmiten más noticias falsas sobre las medidas contra el COVID-19 ?
escoja uno

Marca solo un óvalo.

- Whatsapp
- Facebook
- Radio local
- Noticieros en Tv
- Sitio web oficial del gobierno (Ministerio de salud pública, Secretaría de salud municipio de Quito, IESS, etc)
- You tube
- Prensa escrita
- Centro de salud cercano
- Directiva del barrio
- Instagram
- Tik Tok

36. De acuerdo a su experiencia, En relación con el medio en que usted se informa durante la pandemia por COVID 19 ¿con qué frecuencia se transmiten noticias falsas sobre las medidas contra el COVID-19
 Marque una sola respuesta por fila

Marca solo un óvalo por fila.

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
Whatsapp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facebook	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radio local	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Noticieros en Tv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sitio web oficial del gobierno (Ministerio de salud pública, Secretaría de salud municipio de Quito, IESS, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
You tube	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prensa escrita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centro de salud cercano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Directiva del barrio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instagram	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tik Tok	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. **EN EL 2020**

¿Qué tipo de información obtuvo sobre el **lavado de manos** como medida contra el COVID-19?

Marca solo un óvalo.

- Es la medida más efectiva en contra del COVID-19
- No sirve para combatir el virus
- Es una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus.

38. **EN EL 2022**

¿Qué tipo de información obtuvo sobre el **lavado de manos** como medida contra el COVID-19?

Marca solo un óvalo.

- Es la medida más efectiva en contra del COVID-19
- No sirve para combatir el virus
- Es una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus.

39. **EN EL 2020**

¿Qué tipo de información obtuvo acerca del **uso de mascarilla** como medida contra el COVID-19?

Marca solo un óvalo.

- Es la medida más efectiva en contra del COVID-19
- No sirve para combatir el virus
- Es una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus.

40. **EN EL 2022**

¿Qué tipo de información obtuvo acerca del **uso de mascarilla** como medida contra el COVID-19?

Marca solo un óvalo.

- Es la medida más efectiva en contra del COVID-19
- No sirve para combatir el virus
- Es una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus.

41. **EN EL 2020**

¿Qué tipo de información obtuvo acerca de la **cuarentena** como medida contra COVID-19?

Marca solo un óvalo.

- Es la medida más efectiva en contra del COVID-19
- No sirve para combatir el virus
- Es una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus.

42. **EN EL 2022**

¿Qué tipo de información obtuvo acerca de la **cuarentena** como medida contra COVID-19?

Marca solo un óvalo.

- Es la medida más efectiva en contra del COVID-19
- No sirve para combatir el virus
- Es una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus.

43. **EN EL 2020**

¿Qué tipo de información obtuvo acerca de las **vacunas** contra COVID-19?

Marca solo un óvalo.

- Es la medida más efectiva en contra del COVID-19
- No sirve para combatir el virus
- Es una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus.

44. **EN EL 2022**

¿Qué tipo de información obtuvo acerca de las **vacunas** contra COVID-19?

Marca solo un óvalo.

- Es la medida más efectiva en contra del COVID-19
- No sirve para combatir el virus
- Es una medida que sumada a otras ayuda a combatir el virus.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Anexo 2. Consentimiento informado del estudio

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE DATOS CONFIDENCIALES DE POBLACION ENCUESTADA

El Rol del Espacio en el acceso a la información sobre las medidas contra el COVID-19 en tres barrios del Distrito Metropolitano de Quito. Un análisis de dos períodos puntuales desde la determinación social.

Investigador: Dra. Doménica Cevallos Robalino

Investigador: Phd. Giannina Zamora Acosta

Investigador: Phd. María Belén Mena Ayala

INTRODUCCIÓN:

Históricamente el manejo de información en epidemias y pandemias ha sido abordado desde teorías que fragmentan la realidad y no son realmente aplicables para la población dentro de su espacialidad. La falta de visión del espacio y territorio en el abordaje de la pandemia dio lugar a varios fenómenos que no son nuevos como el manejo fragmentado de la misma, que no contempló las necesidades de toda la población desde el punto de vista de sus niveles socioeconómicos. Y justamente dentro de esas necesidades se encontraba la transmisión y provisión de información oportuna, clara y correcta, (Menéndez Villacreces et al. 2020), que según la evidencia se constituía en una estrategia vital que demostró prevenir el pánico y contener el brote; al no ser una de las tareas prioritarias, se dio lugar a la infodemia.

La desinformación que se genera a través de un vacío de conocimiento generado por falta de acceso a información puede empeorar la pandemia ya que dificulta que las personas, los encargados de tomar las decisiones y el personal de salud encuentren fuentes confiables y orientación fidedigna cuando las necesitan. Este estudio se centra en la configuración territorial de una ciudad desigual, por lo que se incluirá algunos datos que permitan conocer su acceso a información sobre las medidas de bioseguridad contra COVID-19, de dónde obtenía su información más frecuentemente entre otros datos.

En virtud de lo cual, entiendo que se solicita mi autorización para tomar información verbal a través de una encuesta que servirá para desarrollar esta investigación en salud.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: El objetivo principal de la investigación es evidenciar el rol del territorio en el acceso a la información sobre las medidas contra COVID-19 en tres barrios de la zona urbana del Distrito Metropolitano de Quito, para lo cual se considera el análisis de tres barrios ofreciendo una tipología de sus niveles socioeconómicos, desde la visión de la vulnerabilidad y determinación social con el fin de visibilizar la problemática de la diferencia del ciclo de entrega y recepción de la información durante la pandemia entre barrios de la misma Urbe, con procesos protectores y malsanos incluidos que vulneran más a la población en estudio, que terminan en encarnar de diferentes maneras.

PROCEDIMIENTOS: Participar en este estudio simplemente significa que se tomará información que luego mediante métodos confiables será tratada con el fin de guardar la confidencialidad del único dato sensible que será su georreferenciación. No será sometido a ninguna prueba complementaria ni procedimiento adicional. Si desea participar, un miembro de su equipo médico le pedirá que firme el consentimiento informado. Es lo único que deberá hacer. Los datos serán recogidos a partir una encuesta verbal. Estos datos corresponderán a aspectos de su atención sanitaria y su tratamiento y serán completamente anónimos, por lo que no podrá ser identificado por ellos.

RIESGOS Y BENEFICIOS: Entiendo que podría existir un riesgo en cuanto a la pérdida de la confidencialidad de mi información de salud, sin embargo, entiendo también, que los investigadores tomarán las medidas necesarias para precautelar que este riesgo sea el mínimo. Además, entiendo que los beneficios generados con el uso de mi información de salud o la de mi representado/a, serán para la comunidad y para futuras generaciones que puedan atravesar por esta emergencia sanitaria. Específicamente la información recopilada será útil para entender la relación de los niveles socioeconómicos con el territorio y el derecho a la información que tenemos como ciudadanos. Esto sentará las bases para construir políticas públicas de educación y de comunicación que tomen en cuenta el territorio y la equidad como prioridad.

DERECHOS Y OPCIONES DEL PACIENTE: Al aceptar que de **mi información** sea utilizada con fines de investigación que tenga ver con los fines de este estudio, no renuncio a ninguno de los derechos que por ley **me pertenecen**, estoy consciente de que la información brindada en la encuesta será utilizada únicamente para este fin y nuncase colocarán o publicarán datos que permitan revelar **mi identidad**, debido a que utilizarán una codificación con la finalidad de respetar **mi confidencialidad**.

Entiendo que soy libre de retirar mi consentimiento en cualquier momento, para lo cual deberé informar al personal a cargo de custodiar los datos en la Institución de salud denominada Secretaría Metropolitana de Salud, quienes se comunicarán con los investigadores que se encuentren utilizando **mi información** en la realización de investigaciones para que en ese momento los datos obtenidos en la encuesta, sean eliminados y no puedan ser utilizados para ningún fin. Esto no me causará ninguna penalidad ni tendrá impacto alguno en la atención en salud que por ley **me corresponde**.

COSTOS Y COMPENSACIÓN: Entiendo que al autorizar el uso de **mi información** no recibiré ninguna compensación.

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS: Entiendo que los investigadores reemplazarán mis datos personales por una codificación con el objeto de precautelar la seguridad de **mi información**. Entiendo, además, que todas las investigaciones que se realicen con el uso de **mis datos**, pasarán por la evaluación y aprobación de un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos aprobado por el Ministerio de Salud Pública, con la finalidad de asegurar que se respeten en todo momento los principios bioéticos.

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Entiendo que en cualquier momento puedo comunicarme con el establecimiento de salud en el que reposan **mi información**, para que a su vez sirva como canal de comunicación con los investigadores que hagan uso de **mi información** en sus investigaciones a los siguientes teléfonos y correos electrónicos ____

DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo (nombres completos del encuestado/a) comprendo que mi información será utilizada con fines de investigación que tenga que ver con la generación de aportes para la generación de posibles políticas de educación y comunicación en tiempos de pandemia según la espacialidad y con equidad. Me han explicado los riesgos y beneficios de la utilización de los datos de mi información en un lenguaje claro y sencillo. Han respondido a todas las preguntas que he realizado y me entregaron una copia de este documento. Entiendo que en todo momento los investigadores tomarán las medidas necesarias para precautelar la confidencialidad de mi información. En virtud de lo cual (Marque con una X):

ACEPTO

NO ACEPTO

Con esta declaratoria no renuncio a los derechos que por ley me corresponden

Nombres completos

Cédula de ciudadanía/ pasaporte

Firma/huella digital

DECLARATORIA DE REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo (nombres completos del paciente/representante legal de (colocar los nombres completos del representado/a): _____), a pesar de haber aceptado inicialmente que mi información de salud o la de mi representado/a sean utilizados en investigaciones REVOCO lo antes mencionado, y solicito que mi información de salud o la de mi representado/a sean eliminados y no se utilicen para ningún fin. Con esta declaratoria no renuncio a los derechos que por ley me corresponden o a los derechos de mi representado/a.

Nombres completos del paciente/representante legal
pasaporte del paciente /representante legal

Cédula de ciudadanía/

Firma/huella digital del paciente /representante legal

Fecha y lugar

Nombres completos del testigo

Cédula de ciudadanía del testigo

Firma del testigo

Fecha y lugar

Nombres completos del responsable de tomar este documento

Cédula de ciudadanía del responsable de tomar este documento

Firma del responsable de tomar este documento

Fecha y lugar

Anexo 3. Aprobación del comité de ética del estudio



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO

ANEXO 6b. FORMATO DE RESPUESTA A LA EVALUACIÓN DE ESTUDIOS OBSERVACIONALES

Quito, 9 de noviembre del 2022

Doctora
Doménica Nathaly Cevallos Robalino
Investigador principal

Título del Protocolo: **El Rol del Espacio en el acceso a la información sobre las medidas contra el COVID-19 en tres barrios del Distrito Metropolitano de Quito. Un análisis de dos períodos puntuales desde la determinación social**

Código asignado: CEISH-HGSF-2022-034

Versión: 1

Fecha de revisión: 9/11/2022

Por medio de la presente se certifica que el estudio de investigación “**El Rol del Espacio en el acceso a la información sobre las medidas contra el COVID-19 en tres barrios del Distrito Metropolitano de Quito. Un análisis de dos períodos puntuales desde la determinación social**” fue revisado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos del Hospital General San Francisco (CEISH-HGSF), con la siguiente resolución:

El protocolo ha sido **APROBADO**.

- Recordar que la vigencia de la aprobación es de 1 año; por lo cual expira el 8 de noviembre de 2023.
- Se solicita enviar los informes de inicio de ejecución del estudio, de avance a los 3 y 6 meses.
- Presentar el informe final del estudio.

Atentamente,



Escrito digitalmente por:
RODRIGUEZ PABLO
VARGAS CORDOVA

Doctor ~~Ronald~~ Vargas
Presidente del CEISH-HGSF