

El COVID-19 en adultos mayores en Ecuador

Enfoque securitista
y neohigienista

Santiago Tarapués



Serie Magíster

El COVID-19 en adultos mayores en Ecuador

Enfoque securitista
y neohigienista

Santiago Tarapués



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR
Ecuador

Serie Magíster
Vol. 386

*El COVID-19 en adultos mayores en Ecuador:
Enfoque securitista y neohigienista*
Santiago Tarapués

Producción editorial: Jefatura de Publicaciones
Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador
Annamari de Piérola, jefa de Publicaciones
Shirma Guzmán P., asistente
Patricia Mirabá T., secretaria

Corrección de estilo: Margarita Andrade R.
Diseño de la serie: Andrea Gómez y Rafael Castro
Impresión: Fausto Reinoso Ediciones
Tiraje: 120 ejemplares

ISBN Universidad Andina Simón Bolívar,
Sede Ecuador: 978-9942-641-86-1
© Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador
Toledo N22-80
Quito, Ecuador
Teléfonos: (593 2) 322 8085, 299 3600 • Fax: (593 2) 322 8426
• www.uasb.edu.ec • uasb@uasb.edu.ec

La versión original del texto que aparece en este libro fue sometida a un proceso de revisión por pares, conforme a las normas de publicación de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

Impreso en Ecuador, noviembre de 2024

Título original:

La securitización sanitaria y el neohigienismo como premisa
en la respuesta frente a la pandemia por COVID-19:
Un análisis crítico desde la determinación social de la salud

Tesis para la obtención del título de magíster en Epidemiología
y Salud Colectiva

Autor: Santiago Andrés Tarapués Arcos

Tutor: Fausto Guillermo Patiño Mosquera

Código bibliográfico del Centro de Información: T-4131

Para Emma, que vino a cambiarme los agostos y la vida.

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	7
--------------------	---

Capítulo primero

EL NEOHIGIENISMO Y LA SECURITIZACIÓN EN LA SALUD Y EN LA GESTIÓN DE RIESGOS DE DESASTRES: FRAGMENTACIÓN DE LA REALIDAD Y MILITARIZACIÓN	11
DETERMINACIÓN SOCIAL	12
BIOPOLÍTICA Y BIOPODER.....	14
HIGIENISMO Y NEOHIGIENISMO.....	15
SECURITIZACIÓN	19
SECURITIZACIÓN DE LA SALUD Y LOS DESASTRES EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL	22
SECURITIZACIÓN EN EL CONTEXTO NACIONAL	26

Capítulo segundo

METODOLOGÍA	29
PREGUNTA CENTRAL Y OBJETIVOS	29
TIPO DE ESTUDIO	30
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO	31
DISEÑO MUESTRAL	32
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	33
LIBRO DE CÓDIGOS	36
CRITERIOS ÉTICOS	36

Capítulo tercero

ADULTOS MAYORES EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19: ¿GRUPO DE ATENCIÓN PRIORITARIA?.....	39
DEFINICIÓN DE GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA	40
ADULTOS MAYORES COMO GRUPO DE ATENCIÓN PRIORITARIA.....	42
RESULTADOS.....	46
Resultados a partir del proceso de codificación-teorización en los documentos emitidos para la gestión de la pandemia	46

Resultados a partir de la aplicación de entrevistas a personas adultas mayores.....	55
DISCUSIÓN.....	59
CONCLUSIONES	61
REFERENCIAS.....	65
FUENTES JURÍDICAS.....	69
ANEXOS	75

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se inscribe en el paradigma crítico. Es un análisis acerca de las implicaciones para la salud colectiva —sobre todo en poblaciones vulnerables—, por la aplicación de un determinado modelo de gestión y administración de crisis como la ocasionada por la enfermedad de COVID-19.

Está estructurado de manera que ofrece al lector una aproximación teórico-conceptual desde la determinación social de la salud. Analiza los conceptos de «securitización», «higienismo» y «neohigienismo»; y, posteriormente expone los aspectos metodológicos implementados, al final del estudio presenta las reflexiones específicas, respecto a la población de personas adultas mayores (PAM), los resultados y las conclusiones.

En este sentido, se intenta presentar cómo el modelo aplicado en Ecuador para la gestión de la crisis por la pandemia de COVID-19 se encasilla en conceptos que autores, como Basile (2020, 10), han denominado *neohigienismo público y securitización de la salud y las amenazas globales* (13). Esta situación determina la aplicación de medidas impuestas verticalmente desde la burocracia pública, inconsultas y —contradictoriamente— perjudiciales para aquellos grupos poblacionales que, por varias razones, se encuentran más vulnerables, como lo son las PAM.

Después de la declaración de pandemia por la enfermedad de COVID-19 por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 16 de marzo de 2020, el Gobierno de Ecuador emitió un decreto

para implementar un estado de excepción en cuyos tres primeros artículos dispuso:

Art. 1.- DECLÁRESE el estado de excepción por calamidad pública en todo el territorio nacional [...].

Art. 2.- DISPONER LA MOVILIZACIÓN en todo el territorio nacional, de tal manera que todas las entidades de la Administración Pública Central e Institucional, en especial la Policía Nacional, las Fuerzas Armadas, el Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias coordinen esfuerzos en el marco de sus competencias con la finalidad de ejecutar las acciones necesarias para mitigar los efectos del coronavirus en todo el territorio nacional [...].

Art. 3.- SUSPENDER el ejercicio del derecho a la libertad de tránsito y el derecho a la libertad de asociación y reunión. El Comité de Operaciones de Emergencia Nacional dispondrá los horarios y mecanismos de restricción a cada uno de estos derechos [...]. (EC 2020a).

A partir de ello, se inició la implementación de una serie de acciones restrictivas —justificadas siempre en la mitigación de los efectos ocasionados por la pandemia— que se prolongarían por varios meses.

La posibilidad para la utilización de un instrumento como el estado de excepción se encuentra presente en la Constitución de la República (CRE) de 2008, donde se menciona: «La Presidenta o Presidente de la República podrá decretar el estado de excepción en todo el territorio nacional o en parte de él en caso de agresión, conflicto armado internacional o interno, grave conmoción interna, calamidad pública o desastre natural» (EC 2008a, art. 164), instrumentada a través de la Ley de Seguridad Pública del Estado donde se define como «la respuesta a graves amenazas de origen natural o antrópico que afectan a la seguridad pública y del Estado» (EC 2009, art. 28).

En un primer momento —frente a la incertidumbre por la nueva enfermedad—, las restricciones a la libre movilidad otorgarían una oportunidad para la organización a los servicios de salud. Sin embargo, y al igual que en varios países de América Latina, daría paso a la configuración de «comités y burocracias estatales con fuerzas de seguridad y/o militares en el centro, asimétricas en cuanto a representación y relaciones de poder con grupos de la sociedad civil, feministas, indígenas, afrodescendientes, trabajadores, entre otros» (Basile 2020, 12). De este modo, se determina un enfoque netamente securitista para la

administración de la crisis generada por la aparición de la enfermedad de COVID-19.

Desde estas estructuras estatales emanan permanentemente disposiciones que promueven cambios en la conducta individual y colectiva, orientadas al control de los espacios abiertos y represión frente a su incumplimiento, en medio de una sociedad excluyente, inequitativa y desigual. Basile lo expresa de la siguiente manera:

Aislamiento, lavado de manos, distanciamiento social, venden una seguridad y tranquilidad un tanto falaz que se demuestra impotente y contradictoria a las dinámicas caóticas e injustas que se visualizan en la materialidad de las condiciones de vida de familias, grupos sociales y poblaciones latinoamericanas y caribeñas, en definitiva, de la salud de las sociedades. (10)

A fin de cuentas, disposiciones con carácter *higienista* o *neohigienista* como lo han denominado varios autores, entre ellos el mismo Basile (2020, 10) y Solíz (2016, 58). Instrumentos que, lejos de enfocarse en los problemas estructurales, giran en torno al temor por una contaminación biológica, en este caso. En este contexto, las necesidades de los grupos vulnerables pudieron quedar en segundo plano.

Al considerar que las PAM constituyen un grupo de atención prioritaria según lo determinado en la propia CRE de 2008:

Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. (EC 2008a, art. 35)

Cabe suponer que recibieron prioridad frente a un escenario tan complejo, y que sus necesidades —al menos las fundamentales— pudieron ser solventadas a pesar de las disposiciones restrictivas. Aunque, probablemente, el resultado se asemeje a lo descrito por Klein (2020, 135-6):

hijos y nietos mudos de horror, pero paralizados por el discurso sanitario, asisten y son cómplices involuntarios del exterminio de sus padres y abuelos en departamentos, cuartos aislados, centros geriátricos y/o pensiones...

en un mundo imperturbable que dictamina, sin objeciones, ni reclamos, ni protestas de ningún tipo, que antes que los viejos, los jóvenes y adultos son los que deben ser atendidos sanitariamente.

Cuando se analiza la gestión de la crisis por la pandemia de COVID-19 en Ecuador, durante el período comprendido entre el 28 de febrero de 2020 (reporte del primer caso de COVID-19 en Ecuador) hasta el 1 de marzo de 2021, el presente estudio intenta responder a la pregunta:

¿Cómo ha afectado a la población adulta mayor el enfoque securitista y neohigienista adoptado en Ecuador para el manejo de la emergencia de COVID-19?

CAPÍTULO PRIMERO

EL NEOHIGIENISMO Y LA SECURITIZACIÓN EN LA SALUD Y EN LA GESTIÓN DE RIESGOS DE DESASTRES: FRAGMENTACIÓN DE LA REALIDAD Y MILITARIZACIÓN

En el presente capítulo se exponen los conceptos que van a permitir al lector obtener una aproximación acerca de la determinación social en la salud y los desastres. Pero, también, para relacionar los conceptos de «securitización», «higienismo» y «neohigienismo» como elementos que están presentes en esta determinación, y cuyos instrumentos han sido utilizados por el Estado y las grandes corporaciones.

En primera instancia, se realiza una breve conceptualización de la determinación social de la salud, y se expone la complejidad dialéctica y los problemas que supone intentar comprenderla a partir de la propuesta cartesiana de fragmentar la realidad en pequeñas variables o determinantes aislados y desvinculados de la historia, los fenómenos sociales y las realidades económicas imperantes.

Posteriormente, se presentan elementos teóricos y conceptuales que relacionan este paradigma del fraccionamiento de la realidad con el higienismo y neohigienismo, así como la securitización como instrumento de control y castigo para evitar los desbordes del sistema, siempre en favor del poder hegemónico.

DETERMINACIÓN SOCIAL

Los procesos de la salud en las colectividades obedecen a elementos que se encuentran mucho más allá de una relación lineal agente-enfermedad. Aun así, las nociones relacionadas con los enfoques funcionalistas se han mantenido en los discursos y las estructuras oficiales estatales, lo que mantiene una disociación entre lo biológico y lo social. En una suerte de fragmentación de la realidad, se ha intentado explicar los complejos fenómenos del proceso salud-enfermedad a partir de recoger datos estadísticos, sin considerar los aspectos sociales, históricos, culturales y ambientales que determinan el vivir de una sociedad.

En el pasado, las nociones de *contagio* —siglo XIX— y *transmisión* —temprano siglo XX— eran las bases de la relación entre lo económico y lo social, así como entre el medio interno y externo. Estas ideas fueron estudiadas por la epidemiología social clásica. Sin embargo, estas nociones no eran adecuadas para la lógica de lo pretendido como integral. Esto llevó al desarrollo de un discurso de gerencia y eficiencia durante el auge del neoliberalismo, donde los derechos adquiridos se convirtieron en mercancía. Se observó una monopolización, privatización y mercantilización de los bienes y servicios relacionados con la salud, respaldado por una ofensiva orquestada por el Estado neoliberal. Para justificar este enfoque, surgió una epidemiología especial llamada *epidemiología del riesgo*. Se adoptó una interpretación extrasocial y probabilística que convirtió los procesos de la realidad en factores de riesgo. Esto desvió la atención hacia la probabilidad de eventos manejables y permitió construir un enfoque supuestamente integral, pero centrado en fragmentos de la realidad. La teoría del riesgo, propuesta por Ayres en 1997, se presentó como una respuesta ideal a esta necesidad (Breihl 2011, 31-7).

Este paradigma ha sido criticado por varios autores cuya visión se apega a la noción social del proceso salud-enfermedad. Naomar de Almeida-Filho (1992) argumenta, en este sentido, que la comprensión de la salud a través de disciplinas, como la epidemiología, no puede limitarse únicamente a la recolección de datos estadísticos, sino que debe considerar los aspectos sociales, culturales y contextuales de las enfermedades y la salud. El autor sostiene que la epidemiología tradicional, centrada en la medición y la estadística, tiende a simplificar la realidad

compleja de las enfermedades y sus determinantes. Propone una visión más amplia y contextualizada de la salud, al enfatizar la importancia de comprender los procesos sociales, culturales, históricos, económicos y políticos que influyen en la salud de las poblaciones.

En definitiva, la salud se trata de un complejo proceso dialéctico que encarna procesos naturales socialmente determinados, donde deben ser consideradas tanto las relaciones entre lo social y lo biológico como entre la sociedad y la naturaleza. La vida humana no es una constante, sus cambios están definidos por el «modo de reproducción social imperante» (Breihl 2010, 86-7).

En términos similares, lo que se conoce como *desastre* se encuentra lejos de ser una relación lineal entre la ocurrencia de un fenómeno natural —o causado por acción humana— y su impacto en las colectividades. En nuestra región, desde hace varios años, se ha dejado de utilizar el término *desastre natural*, pues no es la ocurrencia de fenómenos naturales lo que ocasiona los desastres. Más bien, estos son el resultado de una compleja interacción entre la historia, la cultura, la economía y la relación de la humanidad con el medioambiente. Sin embargo, más allá de la etimología, en la práctica se continúa analizando la gestión del riesgo de desastres a partir de la observación de variables y de la reacción frente al desbordamiento de los sistemas.

Esta compleja relación ha sido documentada en varios trabajos, entre ellos, el de Blaikie et al. (2014), en el que se expone la manera en que las políticas neoliberales, que promueven la privatización, la desregulación y la reducción del papel del Estado, contribuyen a la creación de condiciones propicias para la vulnerabilidad y el impacto de los desastres. El neoliberalismo, al priorizar el mercado y el beneficio económico sobre el bienestar social y la reducción de la pobreza lleva a la exclusión de amplias capas de la sociedad de los beneficios del desarrollo y a la concentración de la riqueza en manos de unos pocos. Como resultado, las personas y comunidades en situación de pobreza y marginalidad se vuelven más vulnerables frente a los desastres. El enfoque neoliberal también promueve la privatización de servicios básicos como el agua, la energía y vivienda, lo que puede conducir a la exclusión de quienes no pueden pagar por ellos y aumentar su vulnerabilidad durante los desastres. Además, las políticas de ajuste estructural impuestas por instituciones financieras internacionales a menudo debilitan la capacidad

de los gobiernos para brindar servicios de protección social y reducir la vulnerabilidad de las personas.

En este contexto, la inequidad sigue jugando un papel crucial en la construcción de vulnerabilidad. De hecho, paradójicamente, muchas de las crisis y los desastres han sido aprovechados para implementar medidas que profundizan aún más las inequidades, como en aquellos casos documentados por Klein (2011); en dichos casos, se evidencia cómo estos fueron utilizados como oportunidades para imponer políticas neoliberales, y favorecer a grandes corporaciones y élites económicas y políticas. Estas fueron formuladas y promovidas bajo la influencia de teóricos y economistas neoliberales, como Milton Friedman, quienes impulsaron la agenda neoliberal.

En este sentido, en un entorno donde prevalece un modelo que prioriza el crecimiento económico de las corporaciones sobre el bienestar general, las intervenciones estatales y políticas públicas han sido diseñadas centrándose únicamente en fracciones de la realidad y han permitido la configuración de instrumentos de poder, los cuales han sido utilizados por los gobernantes para tener cuerpos y poblaciones disciplinadas.

BIOPOLÍTICA Y BIOPODER

En el siglo XX, en la década de los 60, el filósofo Michel Foucault (2002) engloba en su trabajo lo que él denomina *biopolítica de la especie humana*, como aquella nueva tecnología de poder aparecida al final del siglo XVIII, cuyo interés principal gira en torno al control de los procesos demográficos como la fecundidad, mortalidad y longevidad; su comprensión se basa en los métodos estadísticos y el equilibrio dependerá de mecanismos reguladores y de seguridad. Esto sería, según el autor, el inicio del paradigma del «aprendizaje de la higiene y medicalización de la población» (Foucault et al. 2000, 220-1).

En las propias palabras de Foucault et al.:

Tenemos, por lo tanto, dos series: la serie cuerpo-organismo-disciplina-instituciones; y la serie población-procesos biológicos-mecanismos regularizadores-Estado. Un conjunto orgánico institucional: la *organodisciplina* de la institución, por decirlo así, y, por otro lado, un conjunto biológico y estatal: la biorregulación por el Estado. (226)

Asimismo, el filósofo señala las dos formas de ejercer el poder de los Estados: la anatomopolítica —sobre los sujetos— y la biopolítica —sobre las poblaciones—, las cuales tienen como marco general el liberalismo y el neoliberalismo como su prolongación durante el siglo XX, en que el mercado es el regulador de la sociedad y no el contrato político. Mercado que realiza distribuciones, ajustes, transferencias, de manera automática, sin que la voluntad de los individuos sea tomada en cuenta en absoluto. Además, configura una sociedad que busca despersonalizarla, y enaltece la autonomía individual en nombre del progreso y la libertad, donde ningún poder mantiene vinculados a los individuos entre sí (Ríos y Cossío 2012, 34-7).

El *biopoder* —*biopolítica* como sinónimo— posee la capacidad de ser aplicado tanto a la vida biológica como a la muerte. En este sentido, se comprende como un complemento al poder soberano clásico de la sociedad capitalista, quien lo ejerce a través de los cuerpos además de la ideología y la moral. Poder que ha gestionado la vida de la población a través de lo que se conoce como *medicina social*, *derecho soberano*, *sexualidad*, *gobernanza liberal y neoliberal* y *guerras racistas* (78).

Estas nociones básicas acerca de la biopolítica o biopoder son esenciales para comprender el marco dentro del cual las propuestas higienistas y securitistas se han desarrollado.

HIGIENISMO Y NEOHIGIENISMO

Ya en 1760 se hacía referencia al higienismo. Wolfgang Thomas Rau empleó por primera vez el término *policía médica*, en un sentido de mantener una vigilancia de la salud del pueblo por parte del Estado, pues necesita de súbditos sanos para que puedan cumplir sus obligaciones. Para 1772, el doctor Johann Peter Frank publicó su tratado referente a un sistema completo para la policía médica, el cual versaba sobre la necesidad de una serie de reglamentaciones rigurosas en el marco de una administración médica (Medina-De la Garza y Koschwitz 2011, 165). Es necesario mencionar también que Frank es reconocido por su aporte a la medicina social como uno de los primeros autores en denunciar públicamente la relación existente entre la inequidad y la salud de la población (Sigerist 2006, 270-2).

Guereña (2000, 65-9) manifiesta cómo en las décadas posteriores —finales del siglo XVIII— se elaboran diversos manuales de urbanidad dirigidos, principalmente a niñas, niños y adolescentes, enfocados a la limpieza e higiene desde una perspectiva social y moral. En estos manuales se puede observar una preocupación higienista en torno al posible contagio y propagación de «miasmas», y del aseo como uno de los elementos básicos del buen comportamiento social. Señala además cómo, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, se profundiza —en estos manuales— los valores higienistas para la conservación de la salud y el respeto al orden social como fin último, siempre relacionados con los preceptos de la moral católica.

La historia relacionada al higienismo recogida por Sandra Caponi (2002), a partir de referencias a varios autores clásicos del siglo XIX, como Villermé (1782-1863) y Virchow (1821-1902) —cuyo discurso asociaba la pobreza con la inmoralidad— y al mismo Pasteur, nos muestra la existencia de una corriente higienista clásica —infeccionistas—, cuyos postulados defendían la generación espontánea, la transmisión de enfermedades a través de miasmas, y una corriente higienista nueva —contagionistas—, apoyada por los descubrimientos de Pasteur respecto a la microbiología. Estas corrientes que, más allá de contradecirse debido a la nueva evidencia en microbiología, se complementaban y armonizaban sus estrategias de lucha contra los hábitos y las conductas moral o socialmente indeseables. De este modo, prácticas como la desinfección de espacios, control de los migrantes, moralización y control de las islas de insalubridad encontraron su fundamento biológico a lo que anteriormente se había explicado a través de la química.

En este contexto, la visión higienista impulsó el diseño y las transformaciones en las ciudades con la finalidad de proteger la salubridad en la población, pero también para ampliar el espectro de acción estatal hacia el ámbito doméstico frente al creciente descontento y reclamos por parte de las clases populares (Palero y Ávila 2020, 12).

Como ejemplo de esta acción transformadora se puede mencionar la remodelación de París entre 1853 y 1890, desarrollada por Georges Haussmann como prefecto de Napoleón, que se desencadenó, entre otros motivos, por problemas de hacinamiento, enfermedades, delincuencia, insalubridad, descontento social, inmigración, y los problemas de higiene causantes de las epidemias de cólera de 1832 y 1848, lo que

generó temor entre las clases mejor posicionadas y justificó la necesidad de sanear y airear el urbanismo del centro. Parte de esta remodelación se desarrolló con la demolición de barrios obreros donde las personas se aglomeraban y malvivían; esto mejoró la salubridad y evitó el contagio de enfermedades (Quijano Ramos 2011, 3-7).

Otro ejemplo se presenta en las reformas desarrolladas en la ciudad de Barcelona entre 1876 y 1900. Enmarcada por una necesidad en el orden y el control social, Capel y Tajter (1991, 93) nos cuentan cómo esta reforma se sitúa en la búsqueda de la represión del vicio y la moralización del hombre. En su trabajo citan el siguiente texto proveniente del prólogo oficial del *Dictamen previo* de la subcomisión barcelonesa de 1885, que resulta muy explícito para exponer los argumentos higienistas:

Una ciudad será tanto más sana y limpia cuanto más cuidadosamente se procure en ella evitar ante todo la putrefacción [sic.] de las sustancias inmundas, tratando luego de regenerarlas y de hacerlas nuevamente asimilables para el hombre. Del propio modo que dará mayor prueba de adelanto moral la sociedad que aleje temporalmente de su seno al ser abyecto que traspasa las leyes que rigen el organismo social lanzándose al crimen y manchando con la deshonra a la misma familia de que procede, trasladándole a lugares donde la colectividad se halle a cubierto de sus depravados instintos, sin perjuicio también de que después de reducirlos a la impotencia, le eduque y perfeccione para poderle admitir más tarde en la vida social para que de nuevo cumpla el fin providencial que puede y debe llenar aun el hombre más pervertido o extraviado, en cuanto se inhabilitan sus malas aptitudes y se desarrollan cumplidamente las buenas facultades que indudablemente posee.

En lo que se refiere al ámbito local, Kingman (2002) señala el camino seguido por el higienismo en los siglos XIX e inicios del XX en los procesos de configuración de las principales ciudades de Ecuador y de la diferenciación social de las clases en estos territorios. El autor considera que se podría hablar de higienismo en un sentido moderno solo hasta finales del siglo XIX, con la presencia de quienes considera los primeros higienistas: Jijón Bello y Gualberto Arcos. Esto en un momento en el que aún se mezclan conceptos relacionados con la salud y las ordenanzas, y en general con asuntos que se refieren al ordenamiento social. Menciona también un tercer momento a inicios del siglo XX en

el cual el higienismo cobra un sentido técnico-normativo, desarrollado más temprano en la ciudad de Guayaquil debido a su puerto, y que marca una distancia entre lo que él considera la primera y segunda generación de salubristas, siendo Pablo Arturo Suárez el representante de esta última.

En el marco de estos nuevos conceptos técnicos del higienismo aparecen procesos que cambian la responsabilidad sobre la gestión de la salud pública desde las municipalidades y organizaciones de notables locales hacia el Estado central. Ninfa León Jiménez (2012, 63-9) nos recuerda cómo en el marco de la Revolución Liberal de 1895 y la Revolución Juliana de 1925, desencadenada como respuesta a la descomposición del Estado y provocada por la burguesía bancaria de Guayaquil, el Estado central asume la responsabilidad sobre la política social, creándose instituciones dedicadas a la salud y la higiene pública. Entre estas instituciones se pueden mencionar a la Junta Superior de Sanidad Marítima y Urbana, cuya autoridad se ejercía sobre todo el litoral y el Consejo Supremo de Sanidad, mientras que su jurisdicción estaba en toda la República. Este esquema guarda una lógica de inserción de Ecuador en el capitalismo mundial. Ante la presencia de la peste bubónica en la ciudad de Guayaquil —en 1908—, se deroga el decreto que creaba el Consejo Superior de Sanidad y se establecen las Juntas Superiores de Higiene y Sanidad en Quito y Cuenca, así como una Comisión Especial de Saneamiento en Guayaquil. Esta última tenía involucrado al Servicio de Salud Pública de Estados Unidos al canalizar acciones —al igual que en el resto de América Latina— a través de los Departamentos de Estado, de Guerra, la Armada, el Tesoro del Gobierno Federal, la Oficina Sanitaria Panamericana, la Fundación Rockefeller y la United Fruit Company, debido al interés de este país —y sus empresas— sobre la libre circulación de mercancías.

En este contexto, no se puede dejar de mencionar que, aunque los efectos de la fiebre amarilla y la peste bubónica fueron mitigados por la intervención de las estructuras mencionadas, la elevadísima mortalidad infantil, la tuberculosis, el paludismo, la viruela no fueron objeto central de las políticas de salud, ya que «no afectaban a las actividades comerciales relacionadas con los intereses económicos de los sectores dominantes» (León Jiménez 2012, 67-8).

Lo ocurrido durante la pandemia de COVID-19 trae consigo a los postulados higienistas expuestos en los párrafos anteriores, tanto así que

incluso se utilizan términos similares; por ejemplo, la palabra *incivilidad*, tan frecuentada en los instrumentos emitidos para la gestión de la pandemia —sobre todo al momento de justificar las intervenciones estatales relacionadas con restricciones de derechos—; puede ser encontrada también en los manuales de urbanidad citados por Guereña (2000, 67). Incluso alude a los postulados expuestos por Foucault respecto a la disciplina de los grupos humanos. En este sentido, Agamben (2020, 132) reflexiona respecto a la pandemia: «Si la salud se vuelve un objeto de política estatal convertida en biopolítica, entonces deja de ser algo relacionado ante todo con la libre decisión de cada individuo y pasa a ser una obligación que debe cumplirse a cualquier precio, no importa cuán alto sea este». Queda, entonces, configurada una situación similar a un nuevo higienismo, por lo que algunos autores se han referido a un «neohigienismo». Así, la autora Fernanda Solíz Torres se refiere al «neohigienismo» como una construcción producto de la intensificación del miedo a la suciedad y las bacterias, y el rechazo a las personas pobres como portadoras de estos microorganismos, culpables por ende de la transmisión de estas enfermedades (2021, 34).

En los siguientes capítulos se propone específicamente exponer estos elementos en la gestión de la crisis en Ecuador por parte del Estado. Además, de cómo se ha dispuesto la fuerza pública armada para controlar a quienes, indisciplinadamente, atentan contra la higiene, la moral y el crecimiento económico de las élites.

SECURITIZACIÓN

El concepto de «securitización» puede ser ubicado en propuestas como la obra *Security: A New Framework for Analysis*, desarrollada por Buzan, Wæver y De Wilde (1998), autores con amplio reconocimiento por sus aportes al paradigma de la escuela de Copenhague (Restrepo 2006, 143). En la mencionada obra, los autores afirman la necesidad de ampliar la visión de la seguridad más allá de los asuntos exclusivamente militares, hacia la securitización de diferentes amenazas —y vulnerabilidades— no militares, ante las cuales es necesario responder con actuaciones de emergencia que permitan mucho más que las medidas regulares (Buzan, Wæver y De Wilde 1998, 4-5). La securitización implica, entonces, que una situación catalogada como amenaza deje

de ser tratada con los instrumentos normales de la política pública y sean reemplazados por los instrumentos urgentes de la política de seguridad y defensa (23-5). El mismo Wæver (1995, 6), manifiesta que, en la práctica, al calificar un problema de seguridad el Estado puede reclamar *derechos especiales*, como el —actualmente bien conocido en el país— *estado de excepción*.

En este sentido, Demurtas (2014, 53) sostiene que la presencia de actores externos en un territorio puede influir en los procesos de securitización. Esta afirmación la realiza al utilizar como ejemplo el papel que tuvo la estrategia de Estados Unidos —derivada de los sucesos ocurridos en septiembre de 2011— frente a los procesos europeos de securitización con relación a la amenaza terrorista.

En este marco securitista, las estrategias de seguridad y defensa de varios países ampliaron su definición de amenazas e incluyeron nuevas; por ejemplo, en la estrategia nacional de seguridad de Estados Unidos de 1996 se mencionan como amenazas o peligros: los conflictos étnicos y Estados rebeldes, la proliferación de armas de destrucción masiva, la degradación ambiental a gran escala exacerbada por el rápido crecimiento poblacional, entre otros:

Protecting our nation's security —our people, our territory and our way of life— is my Administration's foremost mission and constitutional duty. America's security imperatives, however, have fundamentally changed. The central security challenge of the past half century —the threat of communist expansion— is gone. The dangers we face today are more diverse. Ethnic conflict is spreading and rogue states pose a serious danger to regional stability in many corners of the globe. The proliferation of weapons of mass destruction represents a major challenge to our security. Large-scale environmental degradation, exacerbated by rapid population growth, threatens to undermine political stability in many countries and regions. And the threat to our open and free society from the organized forces of terrorism, international crime and drug trafficking is greater as the technological revolution, which holds such promise, also empowers these destructive forces with novel means to challenge our security. (The White House 1996)¹

1 Proteger la seguridad de nuestra nación —nuestra gente, nuestro territorio y nuestra forma de vida— es la principal misión y el deber constitucional de mi administración. Sin embargo, los imperativos de seguridad de Estados Unidos

Esta visión de las amenazas para la seguridad por parte del país del norte se vería potenciada por los sucesos ocurridos en septiembre de 2001, al priorizar la guerra global contra el terror (Frenkel 2019, 191).

En alineación con esta visión securitista, los países de la región modelaron sus planes y estrategias militares al ampliar el listado de amenazas para la seguridad; así, en el marco de la denominada Conferencia Especial de Seguridad (OEA 2003) se realiza la Declaración sobre Seguridad en las Américas, en cuyo segundo numeral, referente a los valores compartidos y enfoques comunes, se manifiesta:

Nuestra nueva concepción de la seguridad en el Hemisferio es de alcance multidimensional, incluye las amenazas tradicionales y las nuevas amenazas, preocupaciones y otros desafíos a la seguridad de los Estados del Hemisferio, incorpora las prioridades de cada Estado, contribuye a la consolidación de la paz, al desarrollo integral y a la justicia social, y se basa en valores democráticos, el respeto, la promoción y defensa de los derechos humanos, la solidaridad, la cooperación y el respeto a la soberanía nacional. (OEA 2003, num. 2)

Asimismo, en el lit. i del num. 4 se declara:

Las amenazas, preocupaciones y otros desafíos a la seguridad en el Hemisferio son de naturaleza diversa y alcance multidimensional y el concepto y los enfoques tradicionales deben ampliarse para abarcar amenazas nuevas y no tradicionales, que incluyen aspectos políticos, económicos, sociales, de salud y ambientales. (OEA 2003, num. 4)

han cambiado fundamentalmente. El principal desafío de la seguridad central en el último medio siglo frente a la amenaza de la expansión comunista ha desaparecido. Los peligros a los que nos enfrentamos hoy en día son diversos porque el conflicto étnico se extiende y los Estados deshonestos representan un grave peligro para la estabilidad regional en muchos lugares del mundo. La proliferación de armas de destrucción masiva representa un gran desafío importante para nuestra seguridad. La degradación ambiental a gran escala, exacerbada por el rápido crecimiento de la población, amenaza con socavar la estabilidad política en muchos países y regiones. Y la amenaza a nuestra sociedad abierta y libre por parte de las fuerzas organizadas del terrorismo, el crimen internacional y el tráfico de drogas es mayor a medida que la revolución tecnológica, que encierra tantas promesas, también empodera a estas fuerzas destructivas de nuevos medios para desafiar nuestra seguridad (The White House 1996). (traducido por Camilo Albán).

En definitiva, de la propuesta securitista se destaca la categorización como amenaza para la seguridad de situaciones o eventos que no corresponden exclusivamente al ámbito militar y de seguridad—inclusive fenómenos sociales y ambientales—, y la adopción de medidas urgentes para resolver los problemas derivados de estos, al utilizar medidas excepcionales fuera de los instrumentos normales de la política pública.

SECURITIZACIÓN DE LA SALUD Y LOS DESASTRES EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

En las estrategias de seguridad nacional de Estados Unidos, posteriores a las del año 1996, se continuaron aludiendo diferentes amenazas para la seguridad; entre ellas, los desastres naturales y ciertos eventos relacionados con la salud, principalmente enfermedades infectocontagiosas. La institucionalidad del país del norte contribuyó de manera importante a posicionar esta visión, por ejemplo, posteriormente a los eventos de septiembre de 2001, la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias de los Estados Unidos (FEMA, por sus siglas en inglés) pasó a depender orgánicamente del Departamento de Seguridad Nacional de ese país (Frenkel 2019, 191).

Por su parte, el Centro de Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés)—que evolucionó a partir de instancias creadas para precautelar la salud de los militares estadounidenses desplegados a lo largo del continente y del mundo—, en conjunto con otros cuerpos colegiados, sociedades científicas, oficiales de salud pública y expertos en seguridad nacional de ese país—sobre todo en la década final del siglo XX—, fortalecieron el nexo entre las enfermedades, la seguridad y el comercio. Esto a partir de la definición como «virus emergentes» realizada por el virólogo Stephen S. Morse en 1989, en donde se plantean varias estrategias para asociar explícitamente a las enfermedades infectocontagiosas con los intereses de la economía y la seguridad.

De este modo, se consigue financiamiento no solo de las instituciones concernientes a la salud pública, sino también del Departamento de Defensa, al justificar y aludir a las amenazas no tradicionales para la seguridad y la economía del país. Esto dio lugar a la propuesta de una red global de vigilancia epidemiológica que, a su vez, permitiría el despliegue, más allá de sus fronteras, de expertos estadounidenses

pertenecientes a instituciones como el CDC, el Instituto Nacional de Salud (NIH, por sus siglas en inglés) y, por supuesto, las Fuerzas Armadas (King 2002, 763-74).

Esta preocupación por la seguridad para Estados Unidos, proveniente de las amenazas no tradicionales como las enfermedades, se pueden encontrar expresamente en varios documentos como el artículo «The Return of Infectious Disease», relacionado con los asuntos internacionales, el reporte «America's Vital Interest in Global Health: Protecting Our People, Enhancing Our Economy, and Advancing Our National Interests», publicados en 1996 y 1997, respectivamente (770), y el documento del CDC (2002, 19-20), en cuya referencia a mejorar la seguridad menciona:

Enhancing security. Security experts, including members of the U.S. National Intelligence Council [...] are concerned that large outbreaks like the HIV/AIDS pandemic may destabilize poorer nations. Slowed economic growth fueled by poor health and disease in developing and former communist countries may challenge democratic development and political transitions and contribute to humanitarian emergencies and military conflicts.

The recent intentional releases of biologic agents in the United States have also intensified international concerns about bioterrorism. Due to the ease and frequency of modern travel, an intentionally-caused outbreak that begins anywhere in the world can quickly become an international problem. A contagious bioterrorist agent such as smallpox can spread rapidly from person to person and from country to country. A noncontagious agent such as anthrax can be spread by unexpected methods, including international mail. The United States must be prepared to work with other nations to prevent illness and deaths caused by acts of bioterrorism.²

-
- 2 Mejorar la seguridad. Expertos en seguridad, incluidos miembros del Consejo Nacional de Inteligencia de Estados Unidos. [...] están preocupados de que grandes brotes como la pandemia del VIH/sida puedan desestabilizar a las naciones más pobres. El lento crecimiento económico impulsado por la mala salud y las enfermedades en los países en desarrollo y los antiguos países comunistas puede desafiar el desarrollo democrático y las transiciones políticas y contribuir a las emergencias humanitarias y conflictos militares. Las recientes liberaciones internacionales de agentes biológicos en Estados Unidos también han intensificado las preocupaciones sobre el bioterrorismo. Gracias a la facilidad y frecuencia de los viajes modernos, un brote causado intencionalmente, que inicia en cualquier parte del mundo, puede convertirse rápidamente en un problema internacional. Un agente bioterrorista como

Dos ejemplos bien documentados acerca de una respuesta a una crisis desde una perspectiva securitista —determinada por la agenda de seguridad estadounidense— pueden ser encontrados al analizar la respuesta al terremoto ocurrido en Haití en 2010 y la respuesta frente al brote de la enfermedad provocada por el virus del ébola. En el primer caso, los reportes relacionados con la asistencia humanitaria proporcionada por los países del continente destacan el despliegue de 3500 soldados, 2200 infantes de marina, un portaviones con aproximadamente 4000 marinos, tres buques y un barco hospital, por parte de Estados Unidos (OEA 2010); el jefe de esta operación militar habría declarado ante los medios de prensa que su presencia obedecía, principalmente, a una operación de asistencia humanitaria, pero que la seguridad es un componente crítico (Thieux, Rey Marcos y Núñez 2010, parr. 3). Así, con esta operación se logra el total control de la seguridad de la capital y el de la respuesta humanitaria que arribaba al país, a pesar del malestar de países europeos y latinoamericanos (Lozano 2011, 563–4).

Respecto a la respuesta internacional frente al brote de enfermedad por el virus del ébola, que ocurrió en el continente africano en 2014, se debe destacar que esta provino principalmente de la mano del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y no desde estructuras enfocadas en la gestión sanitaria —como la OMS—. De hecho, este consejo habría declarado a través de la resolución pertinente que este brote constituía una amenaza para la estabilidad y paz regional, lo que determinó el despliegue de la primera misión epidemiológica internacional y de fuerzas militares provenientes de los países de occidente (Flor 2018, 53).

En el continente americano, y en alineación con esta propuesta, los desastres naturales y los acontecimientos concernientes a la salud se incluyen dentro del listado de las nuevas amenazas para la seguridad en la región, así:

La seguridad de los Estados del hemisferio se ve afectada, en diferente forma, por amenazas tradicionales y por las siguientes nuevas amenazas, preocupaciones y otros desafíos de naturaleza diversa:

la viruela puede propagarse rápidamente de persona a persona y de país a país. Un agente no contagioso como el ántrax puede propagarse mediante métodos inesperados, incluido el correo internacional. Los Estados Unidos deben estar preparados para trabajar con otras naciones para prevenir enfermedades y muertes por actos de bioterrorismo (traducido por Camilo Albán).

[...] los *desastres naturales y los de origen humano, el VIH/SIDA y otras enfermedades, otros riesgos a la salud* y el deterioro del medioambiente. (OEA 2003, 4; énfasis añadido)

De esta manera, se da la oportunidad para que diversos autores locales y regionales puedan realizar propuestas teóricas y estratégicas. Griffiths (2007, 96-7), por ejemplo, propone una clasificación de las diferentes amenazas para la seguridad de los Estados: a) de naturaleza militar, b) de naturaleza no militar, c) riesgos estructurales, y d) eventos catastróficos, y dentro de estos últimos se encuentran los eventos generados por acción de la naturaleza —por ejemplo terremotos y tsunamis—, como también los generados por la acción humana, en donde se ubican las epidemias y las enfermedades infectocontagiosas.

Asimismo, dentro de las propuestas estratégicas, serían los propios países de la región quienes considerarían a los desastres como una amenaza para la seguridad que llegan, incluso —a través de sus Ministerios de Defensa—, a proponer la militarización de la respuesta a estos eventos. En 2010, en el marco de la Conferencia de Ministros de Defensa de las Américas (CMDA), bajo la mirada de Estados Unidos, un grupo de países —Ecuador entre ellos— presentó una propuesta para «institucionalizar un sistema hemisférico de respuesta ante desastres naturales, basado en las capacidades exclusivas del ámbito militar» (Frenkel 2016, 107-8); aunque esta no habría prosperado, se dejó constancia en el acta del evento:

La valiosa contribución que el sector defensa y las Fuerzas Armadas pueden proporcionar como apoyo específico en respuesta a casos de desastres naturales o antrópicos, en coordinación con organizaciones humanitarias nacionales e internacionales y agencias de seguridad para la protección y la defensa civil, como parte de una respuesta integral en caso de esos desastres. (CMDA 2010, 11)

Frenkel (2019, 191-2) expone cómo en el continente, al no poseer un asidero —al menos por unanimidad—, la propuesta norteamericana respecto al terrorismo y el uso de las fuerzas armadas contra el narcotráfico y el crimen organizado centraron sus esfuerzos en la implementación de una agenda de cooperación bilateral y multilateral en materia de desastres. Esta agenda —que buscaba el mantenimiento de la influencia y presencia en la región— fue ejecutada, principalmente,

por el Comando Sur de Estados Unidos, la cual determinó a los desastres naturales como una de las principales amenazas para la estabilidad y seguridad en el continente (United States Southern Command 2018, 4). Esto permitió el incremento de actividades y financiamiento para la asistencia humanitaria, así como el fomento y patrocinio de la participación de los países del continente en los ejercicios relacionados con estos hechos; y, además, la necesidad de emprender esfuerzos para mejorar la respuesta ante desastres y la prestación de servicios esenciales como la atención médica. También se expone la aseveración realizada por el Departamento de Defensa del mismo país, respecto a que las amenazas para la paz y estabilidad —aparte del narcotráfico, las pandillas y el terrorismo— provienen de los desastres; y que, en buena parte de los países del continente, las capacidades civiles se verían sobrepasadas, lo cual conllevaría a profundizar la dependencia por parte de las autoridades políticas y de las fuerzas armadas para la respuesta humanitaria.

SECURITIZACIÓN EN EL CONTEXTO NACIONAL

Con la entrada en vigor de la norma constitucional de 2008, se avizoró un cambio de paradigma ante la gestión de riesgos de desastres: desde una visión reactiva que venía desarrollándose institucionalmente con la Defensa Civil, hacia un nuevo enfoque de los riesgos con una perspectiva para el desarrollo. De hecho, la norma máxima determinó a la gestión de riesgos como un ámbito del sistema nacional de inclusión y equidad social, el cual estará articulado al «[...] Plan Nacional de Desarrollo y al sistema nacional descentralizado de planificación participativa» (EC 2008a, art. 340). La norma también dispone que el Estado «elaborará, implementará y evaluará políticas, planes y programas de hábitat y de acceso universal a la vivienda, a partir de los principios de universalidad, equidad e interculturalidad, con enfoque en la gestión de riesgos» (art. 375, num. 3). Como parte de la sección octava —que se refiere a la ciencia, tecnología, innovación y saberes ancestrales—, dispone: «protegerá a las personas, las colectividades y la naturaleza frente a los efectos negativos de los desastres de origen natural o antrópico mediante la prevención ante el riesgo, la mitigación de desastres, la *recuperación y mejoramiento de las condiciones sociales, económicas y ambientales*, con el objetivo de *minimizar la condición de vulnerabilidad*»

(art. 389; énfasis añadido). Frente a los daños ambientales, se compromete a «establecer un sistema nacional de prevención, gestión de riesgos y desastres naturales, basado en los principios de inmediatez, eficiencia, precaución, responsabilidad y solidaridad» (art. 397, num. 5). En definitiva, el cambio de paradigma, desde la mera reacción cuando ocurre un desastre y hasta la intervención sobre los procesos generadores de los riesgos como la consecuente disminución de la vulnerabilidad, quedaba claramente dispuesto y relacionado con el desarrollo, la planificación, la participación, el hábitat, los saberes ancestrales, el ambiente, el mejoramiento de las condiciones sociales y económicas, lejos del ámbito militar y de seguridad.

A pesar de la expresa disposición constitucional, de inmediato se dispuso la transformación institucional, desde una defensa civil que no habría cumplido con la misión para la que fue creada, «ya que actualmente [en 2008] *es dependiente de la Secretaría General del Consejo de Seguridad Nacional*, cuya prioridad institucional no constituye la predicción y prevención de desastres de cualquier origen» (EC 2008b, Considerando; énfasis añadido), hacia una secretaría *adscrita al sector seguridad*, encabezado, en aquel entonces, por el *Ministerio de Coordinación de Seguridad Interna y Externa* (art. 1; énfasis añadido). Esta reorganización institucional se implementó en el marco de reformas normativas como la Ley de Seguridad Pública y del Estado, la cual establece a la gestión de riesgos como un ámbito del Sistema de Seguridad Pública y del Estado, cuyo órgano ejecutor —y rector en representación del Estado— será la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos (EC 2009, art. 11). La misma ley dispone que la coordinación en caso de desastres naturales, en el marco de un estado de excepción, se desarrollará de la siguiente manera:

En caso de desastres naturales la planificación, organización, ejecución y coordinación de las tareas de prevención, rescate, remediación, asistencia y auxilio estarán a cargo del organismo responsable de la defensa civil, bajo la supervisión y control del Ministerio de Coordinación de Seguridad o quien haga sus veces, preservando el mantenimiento del orden público y el libre ejercicio de los derechos y libertades ciudadanas garantizados en la Constitución.

El organismo responsable de la defensa civil actuará en coordinación con los gobiernos autónomos descentralizados y la sociedad civil, también

contará con el apoyo de las Fuerzas Armadas y otros organismos necesarios para la prevención y protección de la seguridad, ejecutará las medidas de prevención y mitigación necesarias para afrontarlos y minimizar su impacto en la población. (art. 34)

Cabe recalcar que este mismo cuerpo normativo da cabida a la declaratoria de un estado de excepción debido a un desastre natural.

De esta forma, queda estructurado un sistema de seguridad *pública* y del Estado gobernado por el Consejo de Seguridad Pública y del Estado y el Ministerio de Coordinación de Seguridad —bajo la Presidencia de la República—, donde la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos aparece como uno de sus órganos ejecutores, al mismo nivel orgánico que las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (EC Ministerio de Coordinación de Seguridad 2011, 36). En este ámbito, la agenda de la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos presenta en su marco normativo y de planificación a su estatuto orgánico y demás actos administrativos, determinados —según la jerarquía normativa de la pirámide de Kelsen— por la Ley de Seguridad Pública del Estado y, por sobre esta última, el Plan Nacional de Seguridad Integral (EC Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos 2011, 14).

El plan de seguridad identifica en Ecuador algunas de esas nuevas amenazas, o amenazas emergentes. Así, menciona a «los desastres naturales o provocados, los problemas del medioambiente y las enfermedades infectocontagiosas» (44) entre las nuevas amenazas que deben ser prevenidas o enfrentadas desde este paradigma; de esta manera, determina la lógica normativa, institucional y operativa para el estudio de situaciones que, en un momento determinado, demandarán la respuesta excepcional por parte del Estado; pero, también, configura un Estado únicamente reactivo ante estos problemas.

CAPÍTULO SEGUNDO

METODOLOGÍA

Este capítulo expone el proceso que se desarrolló en la investigación. Inicia con el tipo de estudio, para seguir con el diseño muestral, al final presenta la manera como se trabajó la información.

Este procedimiento fue trazado con base en la pregunta central, que consituye la principal orientación para enfocar esta problemática respecto a la utilización de instrumentos securitistas e higienistas para la gestión de la crisis en el contexto de la pandemia de COVID-19, y cómo esto afectó al grupo poblacional de las PAM.

PREGUNTA CENTRAL Y OBJETIVOS

Este trabajo investigativo se centró en buscar la respuesta a la pregunta primordial: ¿Cómo ha afectado a la población adulta mayor el enfoque securitista y neohigienista adoptado para el manejo de la emergencia por la pandemia de COVID-19, en Ecuador, durante el primer año de pandemia?

Con este propósito se fijaron los siguientes objetivos:

General

Realizar un análisis crítico respecto a la gestión de la emergencia por COVID-19 en Ecuador, a partir de las disposiciones gubernamentales y la percepción de PAM.

Específicos

- a) Realizar una exposición teórica y conceptual del paradigma hegemónico respecto a la gestión de la salud colectiva y su implicación en los esquemas implementados para la administración de las crisis provocadas por emergencias y desastres.
- b) Exponer las características securitistas y neohigienistas del modelo hegemónico, presentes en el mismo, para la gestión de la crisis por la pandemia de COVID-19 en Ecuador.
- c) Analizar el impacto que este modelo ha ocasionado en los modos de vida de los colectivos vulnerables, al realizar una aproximación sobre las PAM.

TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo cualitativo se desarrolla con una perspectiva metodológica crítica, con el fin de analizar las relaciones de poder presentes en nuestra sociedad. En un plano temporal, ubicado en el primer año de la pandemia por la enfermedad denominada COVID-19, específicamente entre el 28 de febrero de 2020 —fecha en la cual se confirmó el primer caso de COVID-19 en Ecuador— y el 1 de marzo de 2021, se apoya en los instrumentos metodológicos propuestos en la teoría fundamentada.

Estos instrumentos consisten en una secuencia sistemática, pero flexible de recolección y análisis cualitativo de datos sobre los cuales se construye la teoría (Charmaz 2006, 2-3), diferenciándose de otros métodos cualitativos por promover una apertura hacia todas las interpretaciones teóricas posibles, fomentar el desarrollo de interpretaciones tentativas a través de la información codificada y categorizada, y por permitir la construcción, verificación y refinamiento de los principales puntos teóricos del investigador (Charmaz 2012, 3-4).

El estudio se contextualiza al exponer, dentro del marco teórico, el camino que siguió el país desde las primeras décadas del presente siglo en cuanto a la gestión de riesgos de emergencias y desastres, el cual ha consolidado un modelo reactivo enmarcado en la securitización y el higienismo. En este sentido, se inscribe teóricamente en la noción de la determinación social de la salud como un elemento para comprender la relación entre la reproducción social, los modos de vivir, de enfermar y morir (Breilh 2014, 24).

La investigación se realizó en dos momentos; el primero consistió en una revisión documental de las disposiciones oficiales emitidas por el Estado durante el primer año de la pandemia, y en el segundo se buscó conocer la apreciación de personas mayores respecto a determinados elementos encontrados en la revisión documental.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO

A continuación, se describen las técnicas e instrumentos utilizados en cada momento del estudio.

- a) Revisión documental. Consistió en una técnica documental realizada por medio de la conformación de un corpus de documentos escritos con los criterios de inclusión y exclusión que se señalan más adelante en el texto. Se utilizaron para este propósito los repositorios de los documentos oficiales presentes en las páginas web de la Secretaría de Gestión de Riesgos,³ del Ministerio de Salud Pública,⁴ de la Cámara de Industrias y Producción.⁵ Eventualmente se utilizaron otras páginas web para ubicar algún documento específico que pudo estar referido, pero no se encontró en los repositorios descritos. El consolidado del corpus textual conformado puede ser verificado en el anexo 2: «Documentos analizados».
- b) Percepción de personas adultas mayores. Con la finalidad de comprender la percepción de las PAM se utilizaron técnicas conversacionales, a partir de entrevistas individuales semiestructuradas. El instrumento utilizado fue un guion de diez preguntas, enfocadas hacia los elementos destacados en el primer momento del trabajo.

3 EC Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos, *Resoluciones COE*, presente en <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>; y, *Protocolos y Manuales*, presente en <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/protocolos-y-manuales/>.

4 *Documentos Normativos Coronavirus Ecuador*, presente <https://www.salud.gob.ec/documentos-normativos-coronavirus-ecuador/>.

5 EC Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos, *Emergencia COVID-19 Ecuador*, presente en <https://www.cip.org.ec/2020/09/30/repositorio-de-documentos-emergencia-covid-19-ecuador/>.

DISEÑO MUESTRAL

La muestra se definió con las orientaciones del diseño muestral teórico, el cual determina que la tipología o perfiles de las unidades muestrales corresponden con un esquema conceptual teórico que acompaña al estudio (Berenguera et al. 2014, 86). En ese sentido, el número de muestras fue determinado utilizando un criterio de saturación. Se realizó la búsqueda de códigos para la comprensión analítica en dos momentos:

a) Revisión documental. Se consideraron los documentos oficiales elaborados para la gestión de la pandemia emitidos por las autoridades estatales entre el 28 de febrero de 2020 y el 1 de marzo de 2021.

Se excluyeron del estudio aquellos documentos que al ser emitidos por autoridades en el período de análisis referido:

- No tienen firmas de responsabilidad, y documentos que no poseen fecha de emisión.
- Aquellos que se refieren exclusivamente al manejo clínico y terapéutico de la enfermedad de COVID-19.
- Aquellos que contienen exclusivamente características técnicas, especificaciones biológicas, medicamentos, insumos y dispositivos médicos a ser utilizados en el contexto de la pandemia de COVID-19, así como fichas técnicas y formatos.

En el caso de los decretos ejecutivos y acuerdos ministeriales, el análisis se realizó en el componente resolutivo, y en los documentos técnicos en su parte sustantiva. No se consideraron elementos adjetivos como marco legal, definiciones, abreviaturas, entre otros. Se analizaron las firmas de elaboración y validación.

b) Entrevistas semiestructuradas. Una vez conseguida la saturación teórica en los documentos analizados, se buscó contrastar las categorías generales encontradas con la percepción de PAM y/o personas cuidadoras de adultos mayores, a través de la aplicación de entrevistas semiestructuradas. La participación de estas personas se consideró de acuerdo con los siguientes criterios:

- Viven o vivieron en Ecuador durante la instauración de la pandemia de COVID-19, específicamente entre el 28 de febrero de 2020 y el 1 de marzo de 2021.
- Tenían al menos 65 años al 28 de febrero de 2020. Este criterio se ha definido en función de lo dispuesto en la legislación ecuatoriana para que una persona sea considerada como adulta mayor;

esto con la finalidad de indagar si, en la práctica, esta condición les otorgó algún tipo de prioridad por parte del Estado.

- Cuidadoras o cuidadores de PAM que desarrollaron esta actividad entre el 28 de febrero de 2020 y el 1 de marzo de 2021.
- PAM que durante el período mencionado eran beneficiarios de los servicios de salud públicos únicamente.

La muestra de participantes en las entrevistas también se determinó mediante un criterio de saturación siguiendo aspectos metodológicos de la estrategia denominada *bola de nieve*, en donde se selecciona informantes de interés a partir de personas que conocen a otras que consideran pueden ser aptos para aportar con información (Berengüera et al. 2014, 93). En este sentido, las personas a las que se pudo acceder no pertenecieron a un ámbito geográfico-político específico dentro de Ecuador.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

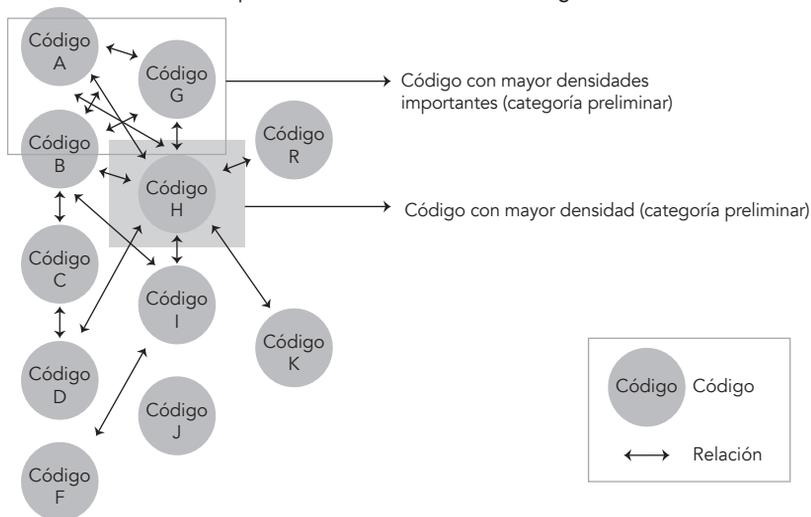
Como se mencionó anteriormente, el presente trabajo sigue los elementos metodológicos de la teoría fundamentada; por lo tanto, y siendo un método eminentemente inductivo, comienza con una codificación inicial basada en los datos recolectados, los cuales permiten la inducción de memos iniciales, donde los códigos iniciales se convierten en categorías tentativas. Luego, el investigador realiza un nuevo ciclo de recopilación y análisis de datos, lo que incluye el análisis de los datos previamente seleccionados, con el fin de refinar las categorías conceptuales y elaborar memorandos más avanzados hasta llegar a una saturación teórica. Una vez alcanzada esta saturación, se habrá conseguido unas —o una sola— categorías centrales teóricas, que sirven como base para redactar el informe final mediante la integración de los memorandos y la diagramación de los conceptos (Charmaz 2006, 10-2).

La codificación implica una interacción con los datos al utilizar técnicas como preguntas sobre los datos recopilados y realizar comparaciones entre ellos. Durante este proceso se derivarán conceptos en función de sus propiedades y dimensiones (Corbin y Strauss 2008, 3-4). En resumen, el proceso implica recolección de datos, codificación, muestreo teórico y desarrollo de la teoría. Es importante destacar que, al tratarse de un enfoque inductivo y aunque existen conceptos motivantes u orientadores, es necesario que el investigador tome distancia de la experiencia personal y teoría previa. Además, es inevitable señalar que

el tamaño de la muestra se determina por la saturación teórica, es decir, el investigador realiza el muestreo en cada ciclo de análisis hasta que no se descubran nuevas propiedades en una categoría (Charmaz 2006, 96).

En el primer momento del estudio se utilizó un *software* especializado en análisis cualitativo⁶ para analizar los documentos. Se aplicó una codificación abierta *in vivo*, es decir, una interpretación directa desde el texto. Posteriormente, se llevó a cabo una codificación axial para examinar y establecer relaciones entre códigos con el objetivo de generar categorías. Durante este proceso, las relaciones entre códigos generan densidades, siendo que cuantas más relaciones posee un código, se considera que su densidad es más fuerte. Las categorías surgieron de los códigos que presentaban mayores densidades. Luego, se aplicó una codificación selectiva para identificar y establecer relaciones entre las categorías, con el propósito de encontrar las categorías centrales, las cuales se comprenden como la base de la teoría. Para mayor ilustración del proceso se presentan las figuras 1, 2 y 3.

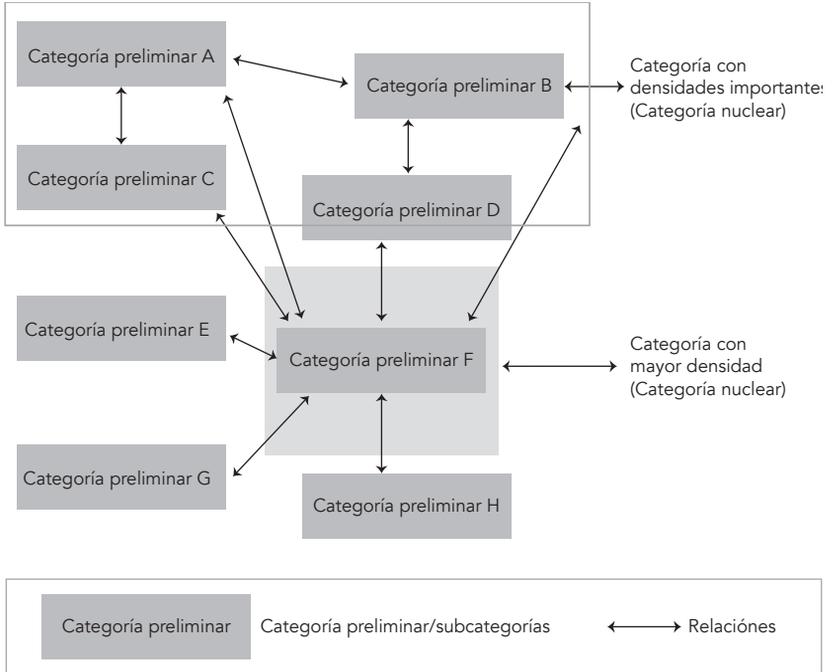
Figura 1. Explicación gráfica de la generación de densidades a partir de las relaciones entre códigos



Fuente y elaboración propias.

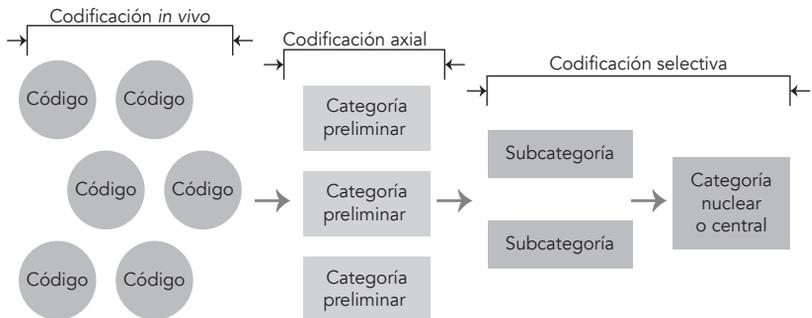
6 Se utilizó como instrumento de apoyo el *software* especializado en análisis cualitativo Atlas Ti. Versión 23.0.1.

Figura 2. Explicación gráfica de la generación de categorías nucleares a partir de las densidades en las categorías preliminares y subcategorías



Fuente y elaboración propias.

Figura 3. Explicación gráfica del proceso de codificación desde la codificación *in vivo* hasta la obtención de categorías centrales o nucleares



Fuente y elaboración propias.

Al llegar a la saturación teórica, se realizó un nuevo proceso de análisis y comparación entre las categorías identificadas y las consideraciones que, en este marco, se disponían para las PAM. También se verificó el grado de su participación y su representación en la validación o elaboración de las disposiciones emitidas a través de los documentos emitidos para la gestión de la pandemia.

En el segundo momento del estudio, las categorías centrales obtenidas sirvieron como punto de referencia para contrastarlas con las percepciones de las PAM, recopiladas en las entrevistas semiestructuradas realizadas entre noviembre y diciembre de 2022 en diversas áreas del país.

Cabe destacar que quienes participaron en las entrevistas no necesariamente pertenecían a un grupo estructurado. Debido a que ya se habían encontrado categorías nucleares durante el análisis de la documentación, las conversaciones se centraron en estos conceptos, sin buscar la generación de nuevos conceptos teóricos, sino argumentar sobre los ya existentes. Antes de cada entrevista, se informó a los participantes y se obtuvo su consentimiento informado.

LIBRO DE CÓDIGOS

Una vez aplicada la codificación abierta *in vivo* se obtuvo un listado de códigos —consolidados en un libro⁷—, a partir de los cuales se aplicó la codificación axial, como punto de inicio en el proceso de muestreo teórico-teoría.

CRITERIOS ÉTICOS

Se consideró durante el desarrollo de la investigación, especialmente en el desarrollo de las entrevistas, los criterios éticos como se describe a continuación.

Los participantes recibieron información clara, comprensible y transparente sobre el propósito del estudio, los posibles riesgos y beneficios. Se obtuvo por escrito su consentimiento libre e informado.

Se aseguró la confidencialidad de su información, y se declaró no colocar en el trabajo ningún dato personal. Las referencias o citas

7 Ver anexo 1: Libro de códigos.

incluidas en el trabajo consisten en códigos que permiten ubicar a quién pertenecen. El autor posee bajo su custodia los consentimientos informados donde podrían plasmarse datos personales, y no serán públicos a menos que los propios participantes lo soliciten.

Se procuró, durante la entrevista, generar un espacio de confianza y confort, donde no hubo más personas presentes a menos que los participantes lo hubiesen solicitado.

CAPÍTULO TERCERO

ADULTOS MAYORES EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19: ¿GRUPO DE ATENCIÓN PRIORITARIA?

A continuación se expone la declaración de garantía de derechos presente en la normativa nacional desde la propia CRE de 2008, en donde se establecen los grupos prioritarios como adultos mayores, niños, mujeres embarazadas, personas con discapacidad y aquellos en situaciones de riesgo o víctimas de violencia, a quienes se les debe brindar atención especializada.

Se expone también el contraste entre la existencia de un marco jurídico sólido tanto a nivel nacional como internacional y las dificultades que estas poblaciones enfrentan en su vida cotidiana debido a la inequidad, pobreza, infraestructura deficiente y falta de inclusión social. Dificultades que se intensifican durante las emergencias y desastres.

Como la población de PAM es un grupo de atención prioritaria, y a pesar de la existencia de un marco legal, se muestra también la situación de estas personas en un contexto con altos índices de pobreza, abandono, maltrato y violencia, sobre el cual la pandemia de COVID-19 pudo haber afectado su salud física y mental.

DEFINICIÓN DE GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA

Es necesario partir desde los derechos garantizados en la CRE de 2008. El principal instrumento normativo del país dispone que todas las personas deben gozar de los mismos derechos. En este sentido, nadie puede ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, entre otros atributos. En este contexto, el Estado es responsable de adoptar medidas en favor de las personas que se encuentran en situación de desigualdad, de respetar y hacer respetar los derechos consagrados en este instrumento (EC 2008a, art. 11).

En el marco de esta garantía de derechos, la norma suprema es específica también en definir cuáles son las personas y grupos de atención prioritaria:

Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, reciban atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad. (EC 2008a, art. 35; el énfasis del autor)

Estos grupos se definen a partir de la consideración hacia personas y agrupaciones que, por diferentes circunstancias, la vinculación hacia el desarrollo y el mejoramiento de sus condiciones de vida puede verse dificultado (Loor et al. 2019, 355), por lo que es evidente el apoyo del Estado para lograr su bienestar.

Además de la norma constitucional se cuenta con varios instrumentos de diversa jerarquía que consolidan un importante marco jurídico para la protección de los derechos de esta población. Este marco se ubica tanto a nivel nacional como internacional a partir de las convenciones de las cuales Ecuador es suscriptor. Va desde tratados internacionales hasta informes y resoluciones que versan sobre variados aspectos como la garantía universal y gratuita de derechos, extensiones tributarias, responsabilidad jurídica, participación e inclusión, derechos sociales, diversos temas de protección, cuidado de la salud, equiparación de oportunidades, entre muchos otros (Celi 2017, 175-81), lo que hace

percibir un importante avance en este aspecto, al menos en el marco jurídico, normativo y declarativo.

A pesar de esto, son conocidas las dificultades que las personas que integran estos grupos poseen en la cotidianidad y que, en caso de una emergencia o desastre, se incrementan exponencialmente. La accesibilidad hacia los establecimientos de salud evidencia esta situación; por ejemplo, en el contexto del terremoto ocurrido en Manabí en 2016, los niveles de accesibilidad hacia los establecimientos de salud eran considerablemente limitantes incluso antes del terremoto; por supuesto, la situación derivada del mismo pudo empeorar de manera importante el acceso de personas con discapacidad y de PAM (Pacheco Barzallo 2019, 203).

En esta cotidianidad determinada por un desarrollo económico basado en la explotación, en donde el acceso a servicios de salud depende de la capacidad de pagarlos, los grupos vulnerables poseen serias dificultades, pues con bastante frecuencia tienen apenas lo suficiente para sobrevivir (WHO 2001). Pero, en el contexto de nuestro país, a la inequidad, pobreza e infraestructura deficiente se suman otros problemas como la ocurrencia de fenómenos —naturales y antropogénicos— que desembocan en crisis y desastres. En este contexto, las personas con discapacidad, por ejemplo, son usualmente asumidas como personas vulnerables y no como personas que necesitan ser incorporadas a la participación social. Tampoco se piensa en cómo solventar las barreras que impiden su efectiva inclusión en la sociedad (Barnes 2010, 14).

Este ejemplo de las personas con discapacidad expone nuevamente la determinación social de la salud y los desastres. Abberley (1987, 11) lo indicaba en los años 80: «En lo que respecta a la mayoría de población con discapacidad a nivel mundial, la discapacidad es claramente una consecuencia primaria de factores sociales y políticos, no de un inevitable hecho natural».⁸ Aunque para la exposición de este punto se ha mostrado ejemplos de las personas con discapacidad, la realidad de los otros grupos poblacionales nombrados como de atención prioritaria, probablemente, sea muy similar, debido a la dificultad que estas poseen para su inclusión efectiva en la sociedad.

8 Traducido por el autor.

ADULTOS MAYORES COMO GRUPO DE ATENCIÓN PRIORITARIA

En este contexto, como parte de los grupos poblacionales de atención prioritaria definidos por la norma principal del país, se encuentran las PAM. Específicamente, respecto a estas personas, la Constitución dispone:

Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad. (EC 2008a, art. 36)

El Estado garantizará a las PAM los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. La jubilación universal.

[...] (EC 2008a, art. 37)

El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las PAM, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, *fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.*

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, *salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.*
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las PAM en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.
3. Desarrollo de programas y políticas *destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia* y conseguir su plena integración social.
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o *negligencia que provoque tales situaciones.*

5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
6. *Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.*
7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.
8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
9. *Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.* (EC 2008a, art. 38; el énfasis del autor)

Estas disposiciones se instrumentan a través de un cuerpo normativo de carácter orgánico, en donde se norma «en el marco del principio de atención prioritaria y especializada, expresados en la Constitución [...], instrumentos internacionales de derechos humanos y leyes conexas [...]» (EC 2019, art. 1). De los noventa artículos que componen este cuerpo jurídico, el autor considera necesario llamar la atención sobre los siguientes:

Principios fundamentales y Enfoques de atención. Para la aplicación de la presente Ley, se tendrán como principios rectores:

a) Atención prioritaria: Las instituciones públicas y privadas están obligadas a implementar medidas de atención prioritaria y especializada; y generar espacios preferenciales y adaptados que respondan a las diferentes etapas y necesidades de las PAM, en la dimensión individual o colectiva; [...]

l) Protección especial a personas con doble vulnerabilidad: Las entidades integrantes del Sistema garantizarán la efectiva aplicación del derecho a la protección especial, particularmente de aquellas con discapacidad, personas privadas de libertad, quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, personas en situación de riesgo, víctimas de violencia doméstica y sexual, desastres naturales o antropogénicos, por constituir una situación de doble vulnerabilidad. (art. 4)

Las PAM serán atendidas de manera prioritaria e inmediata con servicios profesionales emergentes, suministros de medicamentos e insumos necesarios en los casos de emergencia, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin exigir requisitos o compromiso económico previo. (art. 46)

Este marco jurídico se suma a todo un marco internacional desarrollado a partir de la necesidad de proteger los derechos de estas personas, pero también en su participación en la formulación de las políticas públicas que les conciernen. No es objetivo del presente trabajo realizar un análisis exhaustivo del marco nacional e internacional de protección de derechos de las personas adultas y de la protección de su derecho de participación. Por ende, se hace referencia solamente a algunos de estos instrumentos para brindar un contexto normativo al trabajo en desarrollo.

Debido a que la participación ciudadana es un derecho humano consagrado en el Sistema Universal y en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, y aunque no existirían disposiciones expresas en estos sistemas respecto a las PAM, estas se encontrarían inmersas a expensas de los principios de igualdad y no discriminación, incluida aquella que puede provenir por la edad. A pesar de esto, existen otros instrumentos extraconvencionales que sí son específicos con esta población, como los informes de la ONU y la CDH sobre el disfrute de los derechos humanos por las PAM⁹ (Bósquez 2022, 40-1).

Dentro de los informes mencionados se considera pertinente hacer referencia especialmente al de las conclusiones de la situación de los derechos humanos de las PAM en los contextos de emergencia; se destaca, entre otras cosas, que estas son afectadas desproporcionalmente en las circunstancias de emergencia, que deben ser tomadas en cuenta en las fases de planificación, respuesta y recuperación en la gestión de las mismas; que deben recopilarse constantemente datos relacionados con estas intervenciones; que es necesario disminuir la brecha entre la política y la ejecución; que es importante la consulta con las PAM para detectar y eliminar las barreras que les impiden el acceso a los servicios; que es esencial que los sistemas que trabajan en la asistencia ante emergencias dispongan de los recursos suficientes para aplicar las políticas estructuradas; que es importante velar para que las necesidades de las PAM se vean reflejadas en los sistemas de salud y de asistencia humanitaria (ONU 2019, 15-9).

A pesar de todo este marco, la situación de las PAM no ha dejado de ser preocupante en el marco de la prioridad que ha sido declarada:

9 Referidas en estos informes como personas de edad.

siendo el 6,6 % de la población total del país (EC Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional s.f., párr. 1); entre 2013 y 2014, el 81 % de este grupo poblacional se encontró en condiciones de pobreza y pobreza extrema; y un 78,2 % en 2018 (EC Ministerio de Inclusión Económica y Social 2022b, 7). Las PAM también son víctimas del abandono, maltrato y violencia en sus diferentes formas, y se presenta prácticamente en todas las esferas sociales y geográficas, a lo que se suman otras vulneraciones como la violencia de género, la pobreza y la falta de protección por la legislación de los Estados (ONU 2002, 47). Aunque no se ha podido obtener información posterior a la publicación de la ley específica para las PAM, es claro que en el país la prestación de servicios proporcionados a las PAM a largo plazo no se conoce, y es probable que la brecha entre la demanda y oferta de servicios de salud para esta población, así como la brecha entre la política y la implementación se agrande; esto debido a la agudización para el acceso a los recursos disponibles para la infraestructura, personal y servicios especializados (Waters, Freire y Ortega 2020, 19-20).

Cuando llegó la pandemia de COVID-19, estas vulnerabilidades se habrían profundizado toda vez que, desde el punto de vista biológico, son las PAM quienes poseen condiciones subyacentes como enfermedades crónicas. Desde el punto de vista psicosocial, el aislamiento y el distanciamiento pudieron deteriorar su estado mental y emocional aumentando su sensación de soledad y abandono. Desde el punto de vista social, son el grupo poblacional con mayores dificultades para acceder e interactuar a través de las tecnologías; también su papel social como personas que brindan ayuda a otras personas se paralizó (Gandía-Herrero y Piñero Ruiz 2021, 52-4). Esto se debe a que las PAM son muy propensas a los problemas derivados de las condiciones de abandono y de soledad, tanto que se ha referido a la soledad como un problema de salud pública que las afecta (Gerst-Emerson y Jayawardhana 2015), y se ha demostrado que el aislamiento aumenta la severidad de la depresión y la ansiedad en este grupo de personas (Santini et al. 2020). A pesar de todas estas consideraciones, y de la discusión en torno a la efectividad del aislamiento —cuarentenas— sobre la mortalidad por COVID-19 (Herby, Jonung y Hanke 2022), probablemente el grupo de PAM fue aquel sobre el cual se focalizaron las acciones de aislamiento;

esto, siempre bajo la justificación de su vulnerabilidad —biológica— ante la gravedad de la enfermedad provocada por el nuevo virus.

RESULTADOS

Este apartado tiene el propósito, en primer lugar, de exponer los resultados encontrados en la revisión documental¹⁰ y, posteriormente, presentar lo mencionado por las PAM en las entrevistas.

RESULTADOS A PARTIR DEL PROCESO DE CODIFICACIÓN-TEORIZACIÓN EN LOS DOCUMENTOS EMITIDOS PARA LA GESTIÓN DE LA PANDEMIA

Después de aplicar la codificación abierta en los decretos ejecutivos, más el análisis de sus relaciones, las principales densidades encontradas giran en torno de los códigos detallados en la tabla 1: Comité de Operaciones de Emergencia (COE) Nacional, fuerza *pública*, estado de excepción, semaforización, excepciones a las restricciones, coordinación interinstitucional, actividades laborales y funciones del Estado; a todos ellos se los considera como las primeras categorías, o categorías analíticas sobre las cuales se realizó el primer proceso de reflexión y comparación teórica.

Tabla 1. Códigos utilizados para los decretos ejecutivos

COE Nacional	Referencias al COE Nacional y sus mesas técnicas de trabajo, fusionado con mesas técnicas de trabajo
Fuerza pública (FF. AA. / PP. NN.)	Fusionado con Policía Nacional
Estado de excepción	Código asignado cuando el texto nombraba explícitamente a los estados de excepción
Semaforización	Código asignado en las especificaciones que hacen referencias a la semaforización, que se implementó en el marco de los estados de excepción
Excepciones a las restricciones	Código asignado al texto que especifica las excepciones a las restricciones, por ejemplo, grupos poblacionales, horarios, espacios, entre otros

10 El contenido gráfico relacionado con los resultados de la revisión documental se encuentra en la versión completa de la investigación, ver <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/9445/1/T4131-Tarapués-La%20securitizacion.pdf>.

Coordinación interinstitucional	Referencias hacia la coordinación interinstitucional o intersectorial
Funciones del Estado	Asignado a textos referentes a las diferentes funciones del Estado, como la legislativa o la judicial, y sus competencias

Fuente y elaboración propias.

Debido a los decretos ejecutivos —para implementar los estados de excepción—, el presidente de la república otorgó al COE la facultad para definir los términos sobre los cuales se aplicarán las diferentes restricciones, así como sus excepciones. Se puede leer en estas disposiciones, por ejemplo:

El COE Nacional dispondrá los horarios o mecanismos de restricción a cada uno de estos derechos y los comités de operaciones de emergencia del nivel desconcentrado correspondiente se activarán y coordinarán con las instituciones pertinentes los medios idóneos de ejecución de estas suspensiones» (EC 2020a, art. 3); «en los términos que disponga el COE Nacional»; «demás sujetos y vehículos que determine el Ministerio de Gobierno, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y el Comité de Operaciones de Emergencia Nacional. (EC 2020a, art. 5)

Respecto al uso de la fuerza pública, la Presidencia de la República resolvió:

DISPONER LA MOVILIZACIÓN en todo el territorio nacional, de tal manera que todas las entidades de la Administración Pública Central [...], en especial la Policía Nacional, las Fuerzas Armadas, el Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias coordinen esfuerzos en el marco de sus competencias con la finalidad de ejecutar las acciones necesarias para mitigar los efectos del coronavirus. (EC 2020a, art. 2)

«Respecto de la participación de las Fuerzas Armadas en la gestión de riesgos, su actuación se desarrollará de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Seguridad Pública y del Estado y su reglamento»; «De la movilización de las Fuerzas Armadas, reafirmese que su participación en restablecimiento del orden público es complementario a las acciones de la Policía Nacional [...] y que su participación específica estará relacionada con la colaboración en el control de las limitaciones de

derechos dispuestas» (EC 2020h, art. 2); entre otras disposiciones tanto para las Fuerzas Armadas como para la Policía Nacional.

A partir de estas categorías preliminares se realizó un nuevo ciclo de análisis integrando al corpus textual las resoluciones del COE Nacional, los lineamientos emitidos por las mesas técnicas de este mismo comité, los lineamientos emitidos por la autoridad sanitaria, y los acuerdos ministeriales emitidos directamente para gestión de la crisis. Al realizar este ejercicio se alcanzó la saturación con un total de 74 códigos que, al relacionarlos, produjeron densidades importantes en torno de los códigos que se detallan en la tabla 2: Protocolos y guías, COE Nacional, coordinación interinstitucional, jornadas laborales, fuerza pública, Ministerio de Salud Pública, semaforización y excepciones a las restricciones. Al considerar estas redes categorías secundarias, se realiza un nuevo análisis y reflexión teórica.

Tabla 2. Códigos utilizados para resoluciones, lineamientos y acuerdos ministeriales

Protocolos / guías	Referencias a lineamientos, guías, procedimientos, protocolos, o cualquier orientación, o disposición para ejecutar un procedimiento específico, emitida por una institución estatal competente
COE Nacional	Referencias al Comité Nacional de Operaciones de Emergencia y sus mesas técnicas de trabajo, fusionado con mesas técnicas de trabajo
Coordinación interinstitucional	Referencias hacia la coordinación interinstitucional o intersectorial
Jornadas laborales	Código utilizado cuando el texto se refiere a cualquier aspecto relacionado con las jornadas laborales
Fuerza pública (FF. AA. / PP. NN.)	Código fusionado con Policía Nacional
Ministerio de Salud Pública	Código utilizado ante las referencias al Ministerio de Salud Pública, ya sea en su calidad de autoridad sanitaria, o como proveedor de servicios de salud
Semaforización	Código asignado en las especificaciones que hacen referencias a la semaforización, que se implementó en el marco de los estados de excepción
Excepciones a las restricciones	Código asignado al texto que especifica las excepciones a las restricciones, por ejemplo, grupos poblacionales, horarios, espacios, entre otros

Fuente y elaboración propias.

El COE Nacional, en función de las atribuciones otorgadas a través de los decretos ejecutivos, dispuso los términos en los cuales se cumplirían las limitaciones de derechos y las restricciones, autorizando–aprobando

instrumentos como protocolos y guías, y emitiendo disposiciones para el cumplimiento de la institucionalidad pública. Algunos ejemplos de estas disposiciones: «Implementar y ejecutar el “Protocolo para ingreso al país, durante la vigencia del estado de excepción”» (EC Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos 2020e); «Recordar a todos los organismos del sistema de salud público y privado el cumplimiento del “Protocolo para la Manipulación y Disposición Final”» (EC Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos 2020f, lit. 3); «Solicitar al Consejo de Gobierno del Régimen Especial [...] un protocolo más específico sobre las restricciones de ingreso» (EC Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos 2020b, lit. 5); «Aprobar la “Guía de bioseguridad para entregas a domicilio y atención al cliente [...]”, presentada por [...]» (EC Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos 2020k).

La autoridad sanitaria, por su parte, también dispuso: «La Autoridad Sanitaria Nacional conforme su competencia en materia de salud pública y manejo clínico de los pacientes, actualizará y emitirá los protocolos, normas técnicas y demás instrumentos necesarios aplicables» (EC Ministerio de Salud Pública 2022a, art. 4).

En el marco de estos lineamientos —protocolos, guías, etc.—, se expresan las consideraciones y modulaciones para el desarrollo de las actividades cotidianas como las jornadas laborales, todo esto en el marco de la semaforización dispuesta para este efecto.

A partir de este punto y al considerar que las categorías iniciales: protocolos / guías, COE Nacional y coordinación interinstitucional se encuentran íntimamente relacionadas, las mismas fueron redefinidas. Esto ya que la coordinación interinstitucional es una de las funciones del COE —Nacional—; a su vez, el COE fue la instancia pertinente para la emisión y aprobación de los protocolos para la gestión de la pandemia. Se consolidó, entonces, una categoría denominada: *gestión centralizada*.

La siguiente categoría, «jornadas laborales», se constituye como tal debido a la densidad dada por las relaciones generadas a partir de la codificación axial. Prácticamente se relaciona en todos los aspectos de la gestión de la pandemia, y con varios aspectos institucionales, tanto para las restricciones como las excepciones a estas; tanto en el ámbito público como en el privado, para actividades esenciales como para aquellas relacionadas con servicios de consumo. Algunos ejemplos: «Se

SUSPENDE la jornada presencial de trabajo» (EC 2020a, art. 6); «se dispone al COE Nacional determinar los parámetros y directrices para la reactivación de las actividades laborales» (EC 2020d, art. 6); «Para efectos de la reactivación de las actividades laborales, el Ministerio de Trabajo realizará los controles» (EC 2020f, art. 5); «se prorroga la suspensión de la jornada presencial de trabajo para todos los trabajadores y empleados del sector público y privado» (EC Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos 2020g).

La categoría «fuerza pública», conformada por las disposiciones emitidas para las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, genera la densidad más importante después de las categorías «gestión centralizada» y «jornadas laborales». Las operaciones desplegadas por la fuerza pública se relacionan con los aspectos punitivos de la vigilancia, orden y control, pero también con el apoyo logístico y seguridad para el desarrollo de actividades públicas y privadas, instrumentado siempre por los protocolos pertinentes.

Se menciona, por ejemplo: «Las multas aplicadas a los ciudadanos que incumplen las disposiciones de toque de queda vigente emitidas por el COE Nacional podrán ser expedidas por: a) La Policía Nacional» (EC Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Gobierno 2020b, art. 3); «el control de su cumplimiento está a cargo de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional». «La Policía Nacional seguirá realizando el control aleatorio del cerco epidemiológico» (EC Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos 2020c, lit. 2); «se dispone a las Fuerzas Armadas establecer un corredor sanitario de entrada y salida desde y hacia la provincia del Guayas» (EC Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos 2020d, lit. 8); «La fuerza pública y los demás agentes de control dentro del marco de sus competencias y responsabilidades facilitarán la movilidad de los actores directos de las cadenas agroindustriales del maíz y del arroz» (EC Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos 2020l, lit.1).

La siguiente categoría en consolidarse en función de su densidad es la relacionada con el código Ministerio de Salud Pública, el cual es referido frecuentemente en las disposiciones emitidas en su calidad de autoridad sanitaria, por ejemplo: «La Autoridad Sanitaria Nacional en el uso de sus competencias articulará con las instituciones del sector público y privado, para que de manera coordinada se acojan todos los protocolos y medidas sanitarias a fin de garantizar la salud en

la población» (EC Ministerio de Salud Pública 2021a, art. 10); «La Autoridad Sanitaria Nacional emitirá las directrices de prevención y cuidado frente al COVID-19 en los ámbitos de educación, educación superior, inclusión económica y social, turismo, producción, trabajo» (EC Ministerio de Salud Pública 2020a). En su calidad de prestador de servicios de salud, por ejemplo: «Al ingreso de la población, el MSP aplicará procesos de control de salud y el monitoreo a las personas en el período de gestión del alojamiento temporal. La persona que presente síntomas respiratorios deberá ser valorada inmediatamente por el personal del Ministerio de Salud Pública (MSP)» (EC Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias 2020d); pero también se hace referencia a su competencia punitiva, como cuando se menciona: «Disponer al Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Defensa Nacional y Ministerio de Gobierno ejecutar el reglamento para la sanción mediante multas para aquellas personas que incumplan el toque de queda dispuesto por el COE —Nacional» (Ec Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos 2020f, lit. 2).

se dispone a los Ministerios de Salud y Gobierno reformar el respectivo reglamento e incorporar las sanciones que correspondan para que a partir del día miércoles 8 de abril se proceda a la retención del vehículo cuyo conductor incumpla el Toque de Queda, o la restricción de circulación según el último dígito de la placa. (EC Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos 2020i, lit. 2)

Después de las categorías mencionadas, las densidades importantes que se consolidan giran en torno a los códigos: semaforización, excepciones a las restricciones, estado de excepción. Se considera que, a su vez, estos códigos mantienen una fuerte relación, pues la semaforización se convirtió en la herramienta para operativizar las limitaciones, así como las excepciones a estas dispuestas en los estados de excepción; esto puede evidenciarse en disposiciones como: «coordinen esfuerzos en el marco de sus competencias con la finalidad de ejecutar las acciones de control y gestiones necesarias para implementar las medidas que corresponden en cada cantón de conformidad con el color de semáforo en el que se encuentren» (EC 2020d, art. 2). Por lo que se generó, a partir de estos, una categoría denominada *instrumentos para operativizar los estados de excepción*.

Otros códigos que generan densidades considerables son: cuarentena / aislamiento obligatorio, ministerios, Ministerio de Gobierno, sanciones, TIC. Al considerar sus características,¹¹ el código ministerios se colocó bajo la categoría «gestión centralizada», y el código Ministerio de Gobierno se juntó con el código fuerza *pública* para conformar la categoría «securitización». Los códigos cuarentena / aislamiento obligatorio, sanciones, TIC, se consolidan como categorías por las características de sus relaciones.

Respecto a la categoría cuarentena / aislamiento obligatorio, y sus relaciones, se puede encontrar en los documentos analizados como: «DETERMINAR que el alcance de la limitación del ejercicio del derecho a la libertad de tránsito se realizará únicamente con la finalidad específica de mantener una cuarentena comunitaria obligatoria en las áreas de alerta sanitaria determinadas» (EC 2020a, art. 4); «El Ministerio de Salud Pública controlará el cumplimiento sanitario del APO [siglas para Aislamiento Preventivo Obligatorio], con atención a los protocolos y directrices correspondientes» (EC Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos 2020j); «Socializar el presente documento a través de personal sanitario que realiza visitas domiciliarias de seguimiento a las personas con sospecha o positivos de COVID-19, cuidadores y familiares de estos, que se encuentran en estado de Aislamiento Preventivo Obligatorio» (EC Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencia 2020a, MTT1, 6), entre otras.

La categoría «sanciones» se desprende de referencias contenidas en las disposiciones como: «Reglamentar la aplicación de multas por incumplimiento del toque de queda» (EC Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Gobierno 2020b); «todas las funciones del Estado, principalmente la Función Judicial, mantendrán la respectiva COORDINACIÓN interinstitucional durante la vigencia del estado de excepción para contribuir al mantenimiento del orden público, mediante la aplicación de sanciones contenidas en la Ley» (EC 2020a, art. 7); «Las personas que incumplan la disposición serán sancionadas, la primera vez, con una multa de USD 100 (cien dólares de los Estados Unidos de América); la segunda vez con un salario básico unificado; y, la tercera vez con prisión, de acuerdo con los procedimientos

11 Ver anexo 1: Libro de códigos.

establecidos por los entes competentes» (EC Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos 2020f), entre otras.

La categoría «TIC», con sus relaciones, se desprende de las disposiciones referentes a la utilización de tecnologías de la información y comunicación en diferentes aspectos que van desde las facilidades para el acceso a servicios hasta la vigilancia y control de personas. Esto se puede encontrar en disposiciones como: «Incentivar el uso del 171 y la plataforma digital para el triaje médico con médicos y estudiantes de medicina de últimos años, [...] todos los ecuatorianos podrán registrarse en una aplicación móvil para monitoreo de su estado de salud dos veces al día a través de inteligencia artificial» (EC Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos 2020a, lit. 12); «Se brindará acceso público a “SOS COVID”, herramienta tecnológica a través de la cual la ciudadanía podrá identificar directamente zonas de riesgo por aglomeración de personas» (EC Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos 2020h); «se podrán utilizar plataformas satelitales y de telefonía móvil para monitorear la ubicación de las personas en estado de cuarentena sanitaria y/o aislamiento obligatorio» (EC 2020d, art. 12).

En este punto, se logró consolidar ocho categorías teóricas: a) Gestión centralizada; b) Jornadas laborales; c) Securitización; d) Ministerio de Salud; e) Instrumentos para operativizar los estados de excepción; f) Cuarentena / aislamiento obligatorio; g) Sanciones; h) TIC; y se realiza un proceso de comparación y reflexión teórica.

Posteriormente al proceso de comparación y reflexión teórica derivado de las categorías mencionadas en el párrafo anterior, al considerar las características resultantes y la naturaleza de cada uno de los códigos, en un proceso de codificación selectiva, se obtuvo tres categorías nucleares:

1. Gestión centralizada. Consolidada a partir de las subcategorías: «ministerios», «Ministerio de Salud Pública», «COE Nacional», «coordinación interinstitucional», «protocolos/guías».
2. Instrumentos para operativizar los estados de excepción. Consolidada a partir de las relaciones entre las subcategorías: «jornadas laborales», «semaforización», «excepciones a las restricciones», «estado de excepción», «cuarentena / aislamiento obligatorio», «sanciones y TIC».
3. Categoría securitización. Se consolida a partir de las relaciones encontradas entre los códigos y las subcategorías: «fuerza pública» y «Ministerio de Gobierno».

Con estas tres categorías se alcanza —con base en la codificación selectiva— la saturación teórica.

Los códigos «adultos mayores» o «grupos de atención prioritaria» no generaron densidades importantes a partir de sus relaciones. Las disposiciones relacionadas con la población de PAM —codificadas adultos mayores— se relacionan mayoritariamente con la categoría «instrumentos para operativizar los estados de excepción», específicamente con los códigos: «cuarentena / aislamiento obligatorio», «jornadas laborales» y «excepciones a las restricciones». Se menciona, por ejemplo: «Prohibición de visitas a centros geriátricos a nivel nacional» (EC Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos 2020a, lit. 7); «Se deberán extremar precauciones con adultos mayores y personas con preexistencias, no debiendo asistir a ninguna actividad que los exponga» (EC Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos 2021); «Trabajadores/as que no deben asistir al lugar de trabajo: [...] Personas que se encuentran dentro de los grupos de atención prioritaria y factores de riesgo; como [...] tercera edad, embarazadas» (EC Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias 2020b, MTT6, 10); «Evitar el ingreso a los centros de comercialización de animales, de personas vulnerables como son gente de la tercera edad o con problemas respiratorios» (EC Agencia de regulación y control fito y zosanitario 2020, 17).

Es necesario mencionar que algunos documentos analizados declaran la prioridad a la que tienen derecho las PAM; así, se pueden leer disposiciones como: «Consideraciones y programas especiales deben implementarse para poblaciones vulnerables (adultos mayores, pacientes con enfermedades crónicas, embarazadas y niños lactantes)» (EC Ministerio de Salud Pública 2020c, 33); «Detalle de los grupos priorizados: «Adultos mayores en centros gerontológicos. [...] Vulnerables: Personas adultas mayores de 65 años y más» (EC Ministerio de Salud Pública 2021b, 40); «Establecer un procedimiento de articulación interinstitucional para garantizar el cuidado y protección de niñas, niños, adolescentes y personas adultas mayores frente a la incidencia del COVID-19» (EC Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencia 2020c, MTT4, 3).

No se encontró ningún documento que evidencie la participación de personas u organizaciones representantes de PAM en su elaboración o validación.

RESULTADOS A PARTIR DE LA APLICACIÓN DE ENTREVISTAS A PERSONAS ADULTAS MAYORES

En este proceso se realizaron doce entrevistas hasta alcanzar un criterio de saturación respecto a los conceptos nucleares derivados de la categorización encontrada después del análisis de los documentos. Con relación al acceso a servicios de salud proporcionados por el Estado en el marco de los estados de excepción, las personas mencionaron entre otras cosas: «Priorizar así, como se dice, con alguna cosa de que necesitemos nosotros, casi no; porque los medicamentos a veces nosotros mismos comprábamos» (J. R. 2022, entrevista personal); «Por ejemplo, yo tengo el seguro social, en el seguro social no nos atendieron» (L. P. 2022, entrevista personal); «Un poco mal, por ejemplo, yo no..., yo no podía salir al IESS a recibir medicamento, ni a que me chequeen, entonces [sic], me aguantaba así» (S. A. 2022, entrevista personal).

No, no les dieron prioridad, eso me da mucha pena, incluso en el seguro social y todo eso, ya los que pasaban de 60 años ya no les daban prioridad, dijeron que..., yo tengo una persona conocida que se enfermó y era afiliado al IESS, pues en ese entonces, y a él, por ejemplo, le dijeron que vaya nomás a la casa que están dando prioridad a los de 45 años en adelante hasta los 60, y el señor, claro, ya tenía 65 años, no le atendieron ahí..., no le atendieron, y el señor estaba bien grave, pues tuvo que ir a una clínica particular, pagaron los hijos para llevarle, porque ya al señor tuvieron que meterle a terapia intensiva. (L. Z. 2022, entrevista personal)

Aunque algunas personas percibieron que sí se priorizó a las personas adultas mayores por parte del Estado, al manifestar, por ejemplo: «Sí, sí les dieron atención, nos vacunaron, todo nos dieron» (G. P. 2022, entrevista personal). En general, identifican a sus redes de apoyo personales y familiares como los actores mediante los cuales pudieron solventar sus necesidades. Indicaron: «Mis hijos, ellos nos traen hasta ahora a la fecha» (G. P. 2022, entrevista personal); «O sea, mis hijos, por ejemplo, la [..., nombre], la [..., nombre] estaban más pendientes; pero decían, “tome, pero no saldrá, cocine y coma, y no saldrá”» (H. A. 2022, entrevista personal).

Bueno, nosotros nos [sic] llamábamos a personas para que nos traigan, nosotros aquí recibían... porque había personas, pues, que se encargaban de eso, como mi yerno, que tenía bastantes amigos, todos, y..., él llamaba, y

nosotros aquí le comprábamos lo que necesitábamos... entonces a la verdad no, no nos faltó nada, de alimentos todo lo tuvimos. (J. S. 2022, entrevista personal)

Claro, medicamentos comida, mercado..., habían [*sic*, seguramente por 'había'] unas dos hijas mías que..., jóvenes ¿no?, ellas daban haciendo las compras, iban al seguro a retirar la medicina, porque eso autorizó el gobierno, uno como persona de la tercera edad no podía pues, porque era propenso a un contagio... eso. (L. F. 2022, entrevista personal)

Ah... sí, como le digo mi hija es médica, ella tenía compañeras, amigas, entonces [*sic*] ahí en la casa ¿no?, [...], vino una médica y nos chequeo a todos, y entonces [*sic*] ella nos dio medicamentos, menos a mí, porque yo me sentía bien... durante la pandemia. A mí no me dio ningún medicamento, a mis otros familiares, a mi yerno le inyectó, le dijo que haga cuarentena, sí les afectó. (S. A. 2022, entrevista personal)

Asimismo, el acceso a redes de apoyo y sus vínculos sociales se gestionó por propia iniciativa o iniciativa de sus redes, entre las cosas que mencionaron se encuentran: «Prácticamente era, así a distancia no más... al teléfono, nada de reuniones, de visitas incluso, nada, nada, por teléfono nomás era» (L. F. 2022, entrevista personal).

¿Sabe lo que me pasó a mí? Era cuando... ya los primeros días y todo eso, que no podíamos salir de casa, yo estuve encerrada, ya fue una, dos semanas, ya fue un mes que yo pasé encerrada, yo decía: “¿Dios mío, cómo salgo hoy?”, porque decían que no podemos salir a la calle, y todo eso. “¿Dios mío, yo cómo salgo a las compras para comer algo?”, y todo eso. Me dio depresión, entonces yo decir a Dios y como yo trabajo con unos curitas, con el padre Marco Bayas y él estaba en..., en Santo Domingo, y de allí yo salí pues, salí un ratito a la calle para ver si es que alguien me ayudaba con..., con comida, después, ahí en el barrio, le conté a una señora que no puedo salir y todo eso, yo estaba sola. (L. P. 2022, entrevista personal)

«No, la comida no, Dios le pague, saliendo ahí en el barrio nos ayudaban para que nos dieran a las personas ya más viejitas, como se dice, que nos den comida, entonces nos dieron tres veces en semana, y eso» (L. Z. 2022, entrevista personal); «No pues nos cuidamos no más, pero yo sí abría la tienda. Tratábamos de cuidarnos máximo lo que podíamos, pues. Claro, es que teníamos también que sobrevivir, pues, no ve que, si no hacíamos algo, no había dinero, todos sin trabajo, todos aquí, guardados» (O. Q. 2022, entrevista personal).

Para las personas entrevistadas, los noticieros televisados fueron la fuente principal de información respecto a la situación de la crisis, así como de las medidas adoptadas por el Estado y las dispuestas por este para cumplimiento de la ciudadanía: «Digamos, enseñar, de acuerdo a lo que se veía en la televisión, que tengan cuidado, que se cuide, de no trasnochar, no meterse en grupos donde hay gente que esté enferma y transmiten la enfermedad» (G. P. 2022, entrevista personal); «Claro, yo ya por las noticias en la televisión, como le digo, eso que me enteraba yo todo lo que iba a pasar, todo eso, que para qué era que hacían eso, siempre así» (J. Z. 2022, entrevista personal); «Eso como decían en las noticias que bastaba que llegue una persona a veces del exterior trayendo esa enfermedad que era contagiosa, uno se ponía nervioso, se estresaba sin hacer nada, a veces, como quien dice se consumía internamente por las malas noticias, eso, eso era lo malo» (L. D. 2022, entrevista personal).

La percepción respecto a la situación en este contexto, de manera general, y partiendo de la información recibida, fue de temor y preocupación: «Bueno como siempre, muchas veces nos ponemos débiles, nos preocupamos, no sabemos qué hacer, hay que estar pendientes de lo que puede pasar, pero todo es confianza en el de arriba, nada más» (A. S. 2022, entrevista personal); «O sea, estábamos preocupados que esa enfermedad llegaba y... nos daba miedo pues, porque nos vamos a contagiar» (H. A. 2022, entrevista personal).

Bueno, ahí ya me sentí preocupado, y no sabíamos qué hacer, había mucha preocupación y encerrados, porque corremos el riesgo de contaminarnos, por eso es que... no, no salíamos, y todo lo que..., o sea tenía uno que hacer todos los proyectos en el trabajo, lo que sea, se quedó ahí paralizado, y hasta ahora no se ha podido nuevamente hacer lo mismo, siempre hubo un cambio ahí; eso. (J. S. 2022, entrevista personal)

Las personas entrevistadas consideran que la indisciplina de las personas ocasionó que la enfermedad se propagara al señalar, entre otras cosas: «Se veía bastante gente durante los primeros meses que salía, era entendible con las personas que salían a trabajar, pero otras personas lo hacían por diversión» (L. Z. 2022, entrevista personal).

Había mucha preocupación, o sea porque, como digo, no..., no obedecen. Si ya nos están anunciando que tenemos que cuidarnos, claro que decían, ¿no? Que tienen que salir, por cuanto tenían que comprar los alimentos,

pero pienso que... salían toda la familia y más bien estaban andando normalmente. (J. S. 2022, entrevista personal)

«La gente descuidada, que no le importaba nada» (G. P. 2022, entrevista personal). Y que las principales medidas de protección se encontraban relacionadas con medidas higiénicas:

Para poder mantenerse sano más bien, con el aseo, con... de todo mismo, dentro del cuarto, de los baños, de todo, el vestuario todo; se tenía que estar limpias y todo para que podamos [...]; como decía que eso, era... solamente venía por medio de aire entonces todos se pegan, se pegaban la ropa, o sea donde sea, entonces teníamos que tener más cuidado, más..., más preocupación en que tenemos, tener todo limpio, funigado [*sic*, seguramente por ‘fumigado’] los..., las..., los patios, los baños, todo eso. (J. R. 2022, entrevista personal)

«También en la comida como tenía que..., que ser, es para preparar siempre tenía que estar desinfectado, ¿no?, con los cuidados» «De acuerdo, a lo que se respira, el aire, está contaminado y sin ninguna protección..., porque así era antes, después bueno ya las mascarillas..., ya, por eso que incluso ni salíamos» (J. S. 2022, entrevista personal).

En este sentido, quienes poseen una percepción positiva del despliegue de la fuerza pública consideran que esta fue necesaria para controlar a las personas que no acataron las normas y así evitar la propagación de la enfermedad: «O sea, como le digo, me sentí agradecido porque tomaban el control porque mucha gente salía y todo eso, y se tiende a que haya más contaminación» (J. S. 2022, entrevista personal); «Yo..., yo sentía que..., que la gente era por..., hacían eso porque la gente se cuidará más y que..., y que no salieran tanto a la calle, porque en la calle era donde más se infectaba la gente, yo digo eso está bien» (J. Z. 2022, entrevista personal).

Yo creo que sí, sí fue necesario, porque *fuuta* [*sic*] con el desalojar a gente que estaba en bailes, en reuniones, un montón de gente que no hizo caso, en aglomeraciones, en espacios cerrados, entonces yo sí estoy de acuerdo con la policía ¿no?, que haya desalojado, porque si no hacen caso, pues es la única forma esa... claro, creo yo, ¿no? (L. F. 2022, entrevista personal); Yo creo que sí, porque sí hay personas pues que..., como yo por ejemplo, que no hacen omiso [*sic*, seguramente por ‘hacen caso omiso’], y son las personas que a veces sí se contagian, entonces, yo creo que sí, en ese

lado, o sea yo estoy de acuerdo que ahí habido [*sic*, seguramente ‘ahí haya habido’]; eso del estado de excepción, más es por..., o sea por las demás personas no por uno en realidad, porque uno pues lo que piensa es en uno, pero sí, por ejemplo, hay muchas personas que tenían familia; es un poco miedoso para que salga. (L. Z. 2022, entrevista personal)

DISCUSIÓN

Después del análisis de los documentos emitidos para la gestión de la pandemia por parte del Estado, se encuentran tres elementos principales:

a) La gestión de la crisis se desplegó desde el Estado representado por sus respectivas carteras —Ministerios— y el COE Nacional, quienes, a través de lineamientos y disposiciones expresadas en protocolos, guías y otros documentos procedimentales, operativizaron en un sentido vertical los estados de excepción decretados por la máxima autoridad del país.

b) Estos instrumentos regularon las actividades cotidianas a través de especificaciones en cuanto a restricciones —incluidas las limitaciones de derechos—, las excepciones a estas y, por supuesto, las sanciones por su incumplimiento. Las restricciones principalmente se basaron en las medidas de aislamiento obligatorio —cuarentenas—, que estuvieron determinadas por la denominada *semaforización*, al disponer, en este sentido: qué se podía hacer, quién podía hacerlo, dónde se podía hacerlo y cuándo hacerlo; esto, en las actividades públicas, privadas, incluso las laborales. Para determinar el incumplimiento, el Estado dispuso una serie de elementos de vigilancia y control, incluso con la utilización de tecnologías de la información y comunicación.

c) Elementos relacionados con la securitización en la gestión de la crisis se encuentran muy presentes: la fuerza pública —comprendida como las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional— fue dispuesta permanentemente para acciones de implementación, vigilancia y control de los dispositivos restrictivos; también, el Ministerio de Gobierno —como autoridad gobernante de la policía nacional— jugó un rol protagónico en cuanto a poner en práctica de estos dispositivos, su control y la imposición de sanciones para quienes los incumplieran.

Aunque se declara en varios documentos la prioridad que debería tener la población de PAM —prioridad consagrada de manera clara en la legislación nacional—, las disposiciones operativas contenidas en los

instrumentos normativos —guías, protocolos, procedimientos, otros—, durante el período analizado, se refieren principalmente a resguardar a estas personas del contagio, al evitar el contacto con otras personas a través del aislamiento de cualquier actividad social, incluso laboral; así como las excepciones que los dispositivos de control realizarán frente a esta población y a las personas que se encargan de sus cuidados.

Expresadas así estas disposiciones, y considerando que en su formulación no contaron con la participación o representación alguna por parte de las PAM, se manifiesta la dificultad que esta población pudo tener para solventar sus necesidades particulares en el contexto analizado, sobre todo ante el acceso a los servicios de salud, así como ante el abastecimiento de insumos básicos y alimentación. Estas dificultades determinaron que, en general, esta población dependa exclusivamente de sus propias redes de apoyo personales y/o familiares para atención de sus necesidades.

Esta debilidad en cuanto a la interacción entre el Estado y la población de PAM se evidencia también en el aspecto comunicacional referente a las medidas adoptadas en el contexto del primer año de pandemia, pues no fue posible ubicar una estrategia orientada hacia esta población. En este sentido, y siendo la prensa tradicional la principal fuente para la transmisión de los mensajes a la población de PAM, la posibilidad para la retroalimentación sería aún más complicada. Por otro lado, este contexto comunicacional determinó que la comprensión de la situación estuviera marcada por una percepción de la irresponsabilidad —y desobediencia— de las personas como causa de la propagación de la enfermedad; y, el aislamiento y asepsia como mecanismos principales de protección.

Lo anterior determina que, aunque no es general la percepción positiva del despliegue de la fuerza pública en este contexto, quienes lo percibieron como una medida adecuada creen que fue necesario para controlar a los desobedientes e indisciplinados. Este criterio estaría fundado en el temor y la preocupación ante el contagio de la enfermedad que era acarreada por las personas que no obedecieron las normas dispuestas.

CONCLUSIONES

El estado de excepción, definido por sus propias características como un instrumento temporal y excepcional, se convirtió en la forma regular y normal para la gestión de la crisis durante el primer año de la pandemia de COVID-19. Precisamente, la suspensión de ciertas garantías y derechos exige que esta norma no pueda ser implementada regularmente. La propia Corte Constitucional determinó en enero de 2021 que «un régimen diseñado para ser temporal y excepcional no puede perennizarse mientras dure la pandemia y sus consecuencias» (EC Corte Constitucional del Ecuador 2021). En el marco de este estado, el temor al contagio y el terror a la muerte parecería que indujo a la población a aceptar limitaciones que, en otro escenario, hubiesen terminado en un grave conflicto social y político. Es más, buena parte de la población promovió el cumplimiento de estas normas sin cuestionamientos y con absoluta obediencia por, prácticamente, un año completo. Este fenómeno puede claramente explicitar lo expuesto por Foucault et al. (2000, 217-37), acerca de la biopolítica como mecanismo de poder, a través de la disciplina de los individuos y la regularización de la población.

La limitación de derechos —expresados en las actividades cotidianas—, y los dispositivos securitistas implementados para el control de su cumplimiento, además de descargar en la ciudadanía la responsabilidad del Estado, dieron paso a una verdadera militarización de los territorios

en una suerte de guerra contra la enfermedad al enfocar la respuesta en la interrupción de la cadena de contagio y al dejar de lado un verdadero y profundo análisis del proceso salud-enfermedad, considerando mucho menos sus dimensiones en el marco de su complejidad dialéctica. Se expresa, en este sentido, el paradigma lineal y reduccionista del modelo hegemónico de la salud pública y de la gestión de los riesgos, donde el sujeto —académico e institucional— pretende corregir los desbordes del sistema que amenazan el orden social, y no transformar los procesos sociales que se encuentran afectando la salud de la colectividad (Breihl 2014, 41-9). Es que se ha reducido a la sociedad a la comprensión de un conjunto de individuos con una condición exclusivamente biológica.

La visión reduccionista de los complejos procesos sociales determina también que, a pesar de las disposiciones contenidas en la CRE, se asuma la gestión de las crisis a partir de instrumentos netamente securitistas y verticales. La implementación del concepto multidimensional de amenaza para la seguridad de los Estados en el nuevo paradigma regional de seguridad aporta sin duda a este fenómeno, debería interpretarse como un riesgo de securitización de los problemas y de la consecuente militarización para enfrentarlos.

Aunque, probablemente, un período de tiempo de paralización era necesario para la organización de la respuesta por parte del Estado —especialmente en el momento de mayor incertidumbre—, el aislamiento obligatorio, las medidas higiénicas como desinfección de ropa, superficies y espacio público, definición de grupos poblacionales como agentes de transmisión del virus, delimitación de horarios, actividades, personas..., extendidas durante un año, expone la necesidad de un Estado que persigue una sociedad disciplinada a la cual se vigila y castiga (Foucault 2002), e indica las características neohigienistas presentes en administración de la crisis referida.

En este contexto higienista, a la población de adultos mayores se le evita que tome contacto con el resto de la sociedad, se la aísla, se dispone que se excluya de las jornadas laborales, se previene llevarla a los centros de comercialización y de exponerla a lugares públicos; así, las demás personas se convierten en portadoras que hay que eludir a toda costa, independientemente de que estas sean redes de apoyo o seres queridos. Esto como principal estrategia para «asegurar su bienestar», no se evidencia en la práctica la prioridad declarada por el Estado. Estas

personas aceptan este aislamiento por el temor a contagiarse —o por temor al castigo—; y, esto se debe a que es instintiva la necesidad de protegerse a toda costa de lo que amenaza, pues, aunque esto de ninguna forma quiera decir que se encuentren protegidas por quienes deben hacerlo, tampoco les tranquiliza, podría incluso inhabilitarlas para enfrentar la amenaza, más aún, cuando no saben a quién pedir ayuda.

La nueva normalidad ha colocado nuevos instrumentos para las relaciones sociales a partir de la necesidad de aislar a las PAM. Ojalá estas relaciones virtuales dependientes de la conexión no marginen a quienes no puedan acceder a ellas. Probablemente, en lugar de promover la dependencia y el consumo de las nuevas tecnologías, y de los mercados virtuales, tenga más sentido procurar abastecernos de los elementos necesarios por nosotros mismos en nuestra comunidad.

Aunque no se podrían generalizar los resultados de las entrevistas realizadas a la población total, debido al tamaño de la muestra alcanzada, los argumentos expuestos después del análisis de los documentos y aquellos manifestados por las personas participantes en las entrevistas demuestran una debilidad en cuanto a las políticas estatales para protección y atención prioritaria por parte del Estado hacia esta población vulnerable, especialmente en momentos de crisis e incertidumbre. En el estudio no fue posible entrevistar a personas que no tuvieran redes de apoyo; por lo tanto, no se enfocaron los problemas que enfrentaron en este contexto; seguramente, fueron mucho más complicados que los desafíos que tuvieron que afrontar las personas que sí participaron en el estudio.

REFERENCIAS

- Abberley, Paul. 1987. «The Concept of Oppression and the Development of a Social Theory of Disability». *Disability, Handicap & Society* 2 (1): 5-19.
- Agamben, Giorgio. 2020. *¿En qué punto estamos?: La epidemia como política*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.
- Almeida-Filho, Naomar de. 1992. *Epidemiología sin números: Una introducción crítica a la ciencia epidemiológica*. Traducido por Jorge Daniel Lemus. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Barnes, Colin. 2010. «Discapacidad, política y pobreza en el contexto del “Mundo Mayoritario”». *Política y Sociedad* 47 (1): 11-25.
- Basile, Gonzalo. 2020. «La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: Matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario». *Dossier de Salud Internacional Sur Sur*, edición especial, 1-24. Buenos Aires: FLACSO República Dominicana / Idep Salud.
- Berenguera Ossó, Anna, María José Fernández de Sanmamed Santos, Mariona Pons Vigués, Enriqueta Pujol Ribera, Dolors Rodríguez Arjona y Sílvia Saura Sanjuame. 2014. *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud: Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol.
- Blaikie, Piers, Terry Cannon, Ian Davis y Ben Wisner. 2014. *At Risk*, 2.^a ed. Londres: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203714775>.
- Bósquez Salas, Diana Vanessa. 2022. «El derecho humano a la participación de las personas adultas mayores en el ciclo de las políticas públicas a través del Consejo Consultivo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, período 2014-2021». Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador —UASB-E—. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8832>.
- Breilh, Jaime. 2010. «La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano». *Salud Colectiva* 6, n.º 1 (abril): 83-101.
- . 2011. «Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud». Ponencia presentada en Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Movimiento por la Salud de los Pueblos, Río de Janeiro, octubre.
- . 2014. «Epidemiología crítica latinoamericana: Raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública-salud colectiva». En *Tras las huellas de la determinación: Memorias del Seminario Interuniversitario de*

- Determinación Social de la Salud*, editado por Carolina Morales y Juan Carlos Eslava, 19-76. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.
- Buzan, Barry, Ole Wæver y Jaap de Wilde. 1998. *Security: A New Framework For Analysis*. Boulder: Lynne Rienner Publishers.
- Capel, Horacio, y Mercedes Tatjer. 1991. «Reforma social, servicios asistenciales e higienismo en la Barcelona de fines del siglo XIX (1876-1900)». *Ciudad y territorio*, n.º 89: 81-94.
- Caponi, Sandra. 2002. «Entre miasmas y microbios: La vivienda popular higienizada». *Cad. Saúde Pública* 18 (6): 1665-74.
- Celi Toledo, Israel Patricio. 2017. «Estándares de los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria en Ecuador». En *Memorias 2017*, 175-82. Loja: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2002. *Protecting the Nation's Health in an Era of Globalization: CDC's Global Infectious Disease Strategy*. Atlanta: Centers For Disease Control And Prevention.
- Charmaz, Kathy. 2006. *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Londres: Sage Publications.
- . 2012. «The Power and Potential of Grounded Theory». *Medical Sociology online* 6 (3): 2-15.
- Corbin, Juliet M., y Anselm L. Strauss. 2008. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*, 3.ª ed. Los Ángeles: SAGE Publications.
- Demurtas, Alessandro. 2014. «El complejo europeo de seguridad regional entre 2001 y 2011 en relación a las amenazas del terrorismo islamista y de las armas de destrucción masiva». Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Flor, José Luis de la. 2018. «La seguridad sanitaria global a debate: Lecciones críticas aprendidas de la 24.º EVE». *Comillas Journal of International Relations*, n.º 13 (octubre-diciembre): 49-62. <https://doi.org/10.14422/cir.i13.y2018.004>.
- Foucault, Michel. 2002. *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*, 2.ª reimp. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, Michel, François Ewald, Alessandro Fontana, Mauro Bertani y Horacio Pons. 2000. *Defender la sociedad: Curso en el Collège de France (1975-1976)*, 6.ª reimp. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Frenkel, Alejandro. 2016. «Fuimos hermanos: Acuerdos y divergencias de los países de la Unasur frente a la seguridad hemisférica». *Cartografías del sur*, n.º 3 (abril): 92-113.

- . 2019. «“Disparen contra las olas”: Securitización y militarización de desastres naturales y ayuda humanitaria en América Latina». *Íconos: Revista de Ciencias Sociales*, n.º 64: 183-202. <https://doi.org/10.17141/iconos.64.2019.3435>.
- Gandía-Herrero, Pilar, y Eugenia Piñero-Ruiz. 2021. «Edadismo, COVID-19 y salud mental en personas mayores». En *COVID-19 y víctimas de especial vulnerabilidad: Análisis de las principales circunstancias de riesgo*, editado por Marta María Aguilar Cárceles y Celia Carrillo Lerma, 4:45-58, *Estudios Europeos*. Madrid: Centro de Estudios Europeos de la Universidad de Murcia / Marcial Pons / Ediciones Jurídicas y Sociales. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv2zp4x4fc>.
- Gerst-Emerson, Kerstin, y Jayani Jayawardhana. 2015. «Loneliness as a Public Health Issue: The Impact of Loneliness on Health Care Utilization Among Older Adults». *American Journal of Public Health* 105 (5): 1013-8. <https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302427>.
- Griffiths Spielman, John E. 2007. «Seguridad hemisférica en América Latina: Alcances y proposiciones». *Revista Globalización, Competitividad y Gobernabilidad* 1 (1): 88-104.
- Guereña, Jean-Louis. 2000. «Urbanidad, higiene e higienismo». *ÁREAS: Revista Internacional de Ciencias Sociales*, n.º 20: 61-72.
- Herby, Jonas, Lars Jonung y Steve H. Hanke. 2022. «A Literature Review and Meta-analysis of the Effects of Lockdowns on COVID-19 Mortality». *Studies in Applied Economics*, n.º 200 (enero): 1-62.
- King, Nicholas. 2002. «Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health». *Social Studies of Science* 32 (5-6): 763-89.
- Kingman, Eduardo. 2002. «Historia social y mentalidades: Los higienistas, el ornato de la ciudad y las clasificaciones sociales». *Íconos: Revista de Ciencias Sociales*, n.º 15 (diciembre): 104-13.
- Klein, Alejandro. 2020. «COVID-19: Los adultos mayores entre la “Revolución” gerontológica y la “Expiación” gerontológica». *Research on Ageing and Social Policy* 8, n.º 2 (julio): 120-41.
- Klein, Naomi. 2011. *La doctrina del shock: El auge del capitalismo del desastre*, 3.^a reimp. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- León Jiménez, Ninfa. 2012. «La salud pública en el Ecuador durante las primeras décadas del siglo XX». En *Revolución Juliana y salud colectiva*, editado por Germán Rodas Chaves, 49-78. Quito: UASB-E / Corporación Editora Nacional.

- Lloor-Barreto, Sobeida Alegría, Yerson Antonio Saa-Macías, Zoila Indelira Franco-López y Rosa Kety Cedeño-Intriago. 2019. «Normativa laboral en grupos de atención prioritaria relacionados con su desarrollo psicosocial». *Polo del Conocimiento* 4 (6): 352-60.
- Lozano, Wilfredo. 2011. «Geopolítica de la reconstrucción de Haití y la cooperación insular en la Hispaniola». *Ciencia y Sociedad XXXVI* (4): 561-89.
- Medina-De la Garza, Carlos y Martina Koschwitz. 2011. «Johann Peter Frank y la medicina social». *Medicina Universitaria* 13 (52): 163-8.
- Pacheco Barzallo, Andrea. 2019. «Movilidad y límites en el acceso a los servicios de salud para personas mayores con discapacidad tras el terremoto de 2016 en Ecuador = Mobility and access limitations to health services for the elderly with disabilities after the 2016 earthquake in Ecuador». *Territorios en formación*, n.º 16 (diciembre): 191-208. <https://doi.org/10.20868/TF.2020.16.4409>.
- Palero, Juan Santiago, y Mariel Ávila. 2020. «Covid-19: La vigencia del higienismo decimonónico en tiempos de cuarentena». *Cuaderno Urbano* 29 (29): 9-26. <https://doi.org/10.30972/crn.29294620>.
- Quijano Ramos, Daniel. 2011. «Causas y consecuencias de los *Grands Travaux* de Haussmann en París». *Clío: History and History teaching* 37: 1-12. <http://clio.rediris.es/n37/articulos/quijano2011.pdf>.
- Restrepo, Gabriel Antonio Orozco. 2006. «El aporte de la Escuela de Copenhague a los estudios de seguridad». *Revista Fuerzas Armadas y Sociedad*, año 20 (1): 141-62. https://www.academia.edu/12156924/El_aporte_de_la_Escuela_de_Copenhague_a_los_estudios_de_seguridad.
- Ríos, Rubén Horacio, y Jesús Cossío. 2012. *Biopolítica para principiantes: Biología + neoliberalismo = paradigma inmunitario*. Buenos Aires: Era Naciente.
- Santini, Ziggi Ivan, Paul E. Jose, Erin York Cornwell, Ai Koyanagi, Line Nielsen, Carsten Hinrichsen, Charlotte Meilstrup, Katrine R. Madsen y Vibeke Koushede. 2020. «Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Symptoms of Depression and Anxiety Among Older Americans (NSHAP): A Longitudinal Mediation Analysis». *The Lancet Public Health* 5 (1): e62-70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0).
- Sigerist, Henry. 2006. «Johann Peter Frank: Un pionero de la medicina social». *Salud Colectiva* 2 (3): 269-79.
- Solíz Torres, María Fernanda. 2016. *Salud colectiva y ecología política: La basura en Ecuador*. Quito: UASB / Ediciones La Tierra.
- . 2021. «Neohigienismo o barbarie: El complejo biomédico-policia-militar y el COVID-19 (Ensayos)». *Andina*, n.º 3: 30-7.

- The White House. 1996. «A National Security Strategy of Engagement and Enlargement». *The White House*. febrero. <https://spp.fas.org/military/docops/national/1996stra.htm>.
- Thieux, Laurence, Francisco Rey Marcos y Jesús Núñez. 2010. «EE. UU. y la militarización de la ayuda humanitaria en el caso del terremoto de Haití». *iecah*. 19 de enero. <https://iecah.org/eeuu-y-la-militarizacion-de-la-ayuda-humanitaria-en-el-caso-del-terremoto-de-haiti/>.
- Wæver, Ole. 1995. «Securitization and Desecuritization». En *On Security*, editado por Ronnie D. Lipschutz, 46-86. Nueva York: Columbia University Press.
- Waters, William F., Wilma B. Freire y Julio Ortega. 2020. «Desigualdades sociales y en salud en adultos mayores ecuatorianos». *Mundos Plurales: Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública* 6 (2): 9-23. <https://doi.org/10.17141/mundosplurales.2.2019.4479>.

FUENTES JURÍDICAS

Constitución, decretos, leyes, reglamento

- EC 2008a. *Constitución de la República del Ecuador 2008*. https://www.asamblea.nacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf.
- . 2008b. *Decreto Ejecutivo 1046-A*. Registro Oficial 345, 26 de mayo. <https://www.resdal.org/caeef-resdal/assets/ecuador---decreto-no.-1046-a-del-26---de-abril-del-2008%2C-.pdf>.
- . 2009. *Ley de Seguridad Pública y del Estado*. Registro Oficial 35, Suplemento, 28 de septiembre. https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/ene15_LEY-DE-SEGURIDAD-PUBLICA-Y-DEL-ESTADO.pdf.
- . 2019. *Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores*. Registro Oficial 484, Suplemento, 9 de mayo. https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf.
- . 2020a. *Decreto n.º 1017*. «Declárese el estado de excepción por calamidad pública en todo el territorio nacional, por los casos de coronavirus confirmados y la declaratoria de pandemia de COVID-19 por parte de la Organización Mundial de la Salud». Registro Oficial 163, Suplemento, 17 de marzo. <https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/suplementos/item/12726-suplemento-al-registro-oficial-no-163>.

- . 2020d. *Decreto Ejecutivo 1052*, 15 de mayo. https://www.telecomunicaciones.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/Decreto_Ejecutivo_No._1052_20200415200635.pdf.
 - . 2020f. *Decreto Ejecutivo 1074*, 15 de junio. <https://www.uta.edu.ec/v3.2/uta/reglamentosexternos/Decreto%20Ejecutivo%20No%201074-2020-ESTADO%20DE%20EXCEPCION.pdf>.
 - . 2020h. *Decreto Ejecutivo 1126*. Registro Oficial 279, Segundo Suplemento, 1 de septiembre. <https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/suplementos/item/13426-segundo-suplemento-al-registro-oficial-no-279>.
- EC Agencia de regulación y control fito y zoonosanitario. 2020. «Protocolo de recomendaciones para el sector agroproductivo». *Agencia de regulación y control fito y zoonosanitario*.
- . Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. s.f. «Estado de situación de las personas adultas mayores». *Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional*. <https://www.igualdad.gob.ec/estado-de-situacion-de-las-personas-adultas-mayores/>.
 - . Ministerio de Coordinación de Seguridad. 2011. *Plan Nacional de Seguridad Integral*. Quito: Ministerio de Coordinación de Seguridad.
 - . Ministerio de Inclusión Económica y Social. 2022b. «Informe del estado situacional del servicio de cuidado gerontológico integral para personas adultas mayores provisionado por el MIES y Entidades Cooperantes». *MIES*. 14 de octubre. <https://info.inclusion.gob.ec/index.php/informes-pamusrext/2022-inf-pam-usrint?download=2423:informe-adulto-mayor-octubre>.
- EC Ministerio de Salud Pública. 2020a. *Acuerdo Ministerial 00024-2020*. Declaratoria de emergencia sanitaria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- . 2020c. «Plan de preparación y respuesta del Ecuador ante la COVID-19». Quito: Ministerio de Salud Pública.
 - . 2021a. *Acuerdo Ministerial 00002-2021*. 12 de marzo de 2021. Quito: Ministerio de Salud Pública.
 - . 2021b. «Plan Nacional de Vacunación e Inmunización contra el COVID-19. “Plan Vacunarse”. Ecuador 2021». *Ministerio de Salud Pública*. 20 de mayo. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/05/01-Plan-nacional-de-vacunacion-e-inmuniczacion-contra-el-COVID-19-Ecuador-2021-1.pdf>.
- EC Ministro de Salud Pública y Ministerio de Gobierno. 2020b. *Acuerdo Interministerial 002*. 25 de marzo. Quito: Ministerio de Salud Pública.

- Ecuador Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos. 2011. *Agenda de la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos*. Quito: Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos.
- , 2020a. *Resoluciones COE Nacional 14 de marzo 2020*. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
 - , 2020b. *Resoluciones COE Nacional 16 de marzo de 2020*. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
 - , 2020c. *Resoluciones COE Nacional 17 de marzo de 2020*. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
 - , 2020d. *Resoluciones COE Nacional 21 de marzo 2020*. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
 - , 2020e. *Resoluciones COE Nacional 23 de marzo de 2020*. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
 - , 2020f. *Resoluciones COE Nacional 24 de marzo de 2020*. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
 - , 2020g. *Resoluciones COE Nacional 30 de marzo 2020*. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
 - , 2020h. *Resoluciones COE Nacional 2 de abril 2020*. SNGR. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
 - , 2020i. *Resoluciones COE Nacional 7 de abril 2020*. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
 - , 2020j. *Resoluciones COE Nacional 21 de abril 2020*. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
 - , 2020k. *Resoluciones COE Nacional 1 de mayo de 2020*. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
 - , 2020l. *Resoluciones COE Nacional 8 de mayo 2020*. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
 - , 2021. *Resoluciones COE Nacional 7 de abril 2021*. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
- Ecuador Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencia. 2020a. «Protocolo de manejo de desechos generados ante evento coronavirus COVID-19». MTT1-PRT-002, Versión 4. SNGRE, AME, Ministerio del Ambiente, Agencia Nacional de Regulación Control y Vigilancia Sanitaria, Ministerio de Salud Pública, Secretaría del Agua.
- , 2020b. «Guía y plan general para el retorno progresivo a las actividades laborales». MTT6-003. SNGRE, Ministerio de Producción, Comercio Exterior, Inversiones y Pesca, Ministerios de Salud Pública, IESS. Versión 6.2. 12 de junio.

- . 2020c. «Protocolo para la articulación de los sistemas locales de protección de derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas mayores en el marco de la emergencia sanitaria COVID-19». MTT4-004. SNGRE.
- . 2020d. «Lineamientos técnicos para la gestión en alojamientos temporales de emergencia ante COVID-19».

Instrumentos internacionales

- Conferencia de Ministros de Defensa de las Américas (CMDA). 2010. «IX Conferencia de Ministros de Defensa de las Américas. Acta de clausura». CMDA. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. 22 al 25 de noviembre. <http://scm.oas.org/pdfs/2010/cp25453.pdf>.
- OEA. 2003. Conferencia Especial sobre Seguridad. *Declaración sobre Seguridad en las Américas*. 28 de octubre. OEA/Ser.K/XXXVIII/CES/dec.1/03 rev. 1. https://www.oas.org/36ag/espanol/doc_referencia/DeclaracionMexico_Seguridad.pdf.
- . 2010. «Informe actualizado sobre los esfuerzos de la OEA en apoyo a Haití (al 21 de enero, 2010)». OEA. https://www.oas.org/es/news/ayuda_terremoto_haiti/update_oas_efforts_20100121.asp.
- ONU. 2002. *Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento*. Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, Madrid. 8 a 12 de abril. <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>.
- . 2019. *Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Claudia Mahler-Nota del Secretario General*. 19 de julio. A/77/239. <https://www.ohchr.org/es/documents/thematic-reports/a77239-older-persons-and-right-adequate-housing-note-secretary-general>.
- World Health Organization (WHO) Disability and Rehabilitation Team. 2001. «Rethinking care from the perspective of disabled people. Conference report and recommendations». WHO.

Documentos internacionales

- USA United States Southern Command. 2018. «United States Southern Command Command Strategy 2018. Partnership for the Americas». *United States Southern Command*. <https://www.resdal.org/ultimos-documentos/usa-command-strategy.pdf>.

Sentencias nacionales

EC Corte Constitucional del Ecuador. 2021. «Sentencia n.º 7-20-EE/20».

En *Dictamen n.º: 7-20-EE/20: Dictamen de inconstitucionalidad del Decreto Ejecutivo 1217 de estado de excepción por calamidad pública*. <https://portal.corteconstitucional.gob.ec/FichaRelatoria.aspx?numdocumento=7-20-EE/20>.

ANEXO 1: LIBRO DE CÓDIGOS

Código	Descripción
Acceso a los servicios de salud	Código asignado a las referencias respecto al acceso a los servicios de salud, por ejemplo, acceso a establecimientos de salud, ambulancias, centros de diagnóstico.
Acceso a productos básicos y alimentos	Código asignado a texto que hace referencia a cualquier aspecto relacionado con el acceso a alimentos (procesados o no), así como productos básicos como implementos de limpieza, ropa, entre otros.
Acceso a red de apoyo	Código asignado cuando el texto hace referencia a elementos relacionados con las redes de apoyo como familiares, cuidadores, amistades, vecinos, entre otros.
Acceso a servicios educativos	Código asignado cuando el texto se refiere a cualquier disposición referente a servicios educativos.
Adultos mayores	Se asignó este código en las referencias a: adultos mayores, tercera edad, y términos similares con los cuales se puede comprender que se refieren a las personas adultas mayores.
Asistencia social	Código asignado a texto que hace referencia a cualquier iniciativa relacionada con asistencia social hacia grupos poblacionales en condición de vulnerabilidad.
Ayuda humanitaria	Código asignado a texto que especifica orientaciones respecto a cualquier aspecto de la asistencia humanitaria como: donaciones, bonos de asistencia humanitaria, entre otros.
Categoría: Gestión centralizada	Categoría nuclear conformada a partir de las siguientes categorías preliminares:
• Categoría: Ministerio de Salud Pública	Código utilizado ante las referencias al Ministerio de Salud Pública, ya sea en su calidad de autoridad sanitaria, o como proveedor de servicios de salud.
• COE Nacional	Referencias al COE Nacional y sus mesas técnicas de trabajo. Fusionado con Mesas técnicas de trabajo.
• Coordinación interinstitucional	Referencias hacia la coordinación interinstitucional o intersectorial
• Ministerios	Código utilizado para las referencias a otros ministerios diferentes al Ministerio de Salud, Ministerio de Gobierno y Ministerio de Defensa. 21/1/23 19:16, fusionado con Ministerio de Producción 21/1/23 19:17, fusionado con Ministerio de Trabajo 21/1/23 19:18, fusionado con Ministerio de Transporte 21/1/23 19:17, fusionado con Ministerio de Relaciones Exteriores 21/1/23 19:18, fusionado con Ministerio de Economía y Finanzas 21/1/23 19:17, fusionado con Ministerio de Inclusión Económica y Social 21/1/23 19:19, fusionado con Ministerio de Telecomunicaciones.
• Protocolos / guías	Referencias a lineamientos, guías, procedimientos, protocolos, o cualquier orientación, o disposición para ejecutar un procedimiento específico, emitida por una institución estatal competente.

Categoría: Instrumentos para operativizar los estados de excepción	Categoría nuclear conformada a partir de las siguientes categorías preliminares
• Cuarentena / aislamiento obligatorio	08/02/23 18:47, fusionado con categoría: Restricciones implementadas por el Estado: Toque de queda
• Estado de excepción	Código asignado cuando el texto nombraba explícitamente a los estados de excepción.
• Excepciones a las restricciones	Código asignado al texto que especifica las excepciones a las restricciones, por ejemplo, grupos poblacionales, horarios, espacios, entre otros.
• Jornadas laborales	Código utilizado cuando el texto se refiere a cualquier aspecto relacionado con las jornadas laborales.
• Sanciones	Código asignado en texto que hace referencia a las acciones punitivas a ser desplegadas por el <i>Estado</i> y su institucionalidad.
• Semaforización	Código asignado en las especificaciones que hacen referencias a la semaforización implementada en el marco de los estados de excepción.
• TIC	Utilizado para identificar texto con referencias al uso de tecnologías de comunicación o información para el control, vigilancia e información de posibles fuentes de contagio, por ejemplo, aglomeración de personas o ubicación de personas contagiadas.
Categoría: Securitización	Categoría nuclear conformada a partir de las siguientes categorías preliminares
• Fuerza pública (FF AA. / PP. NN.)	Código fusionado con Policía Nacional.
• Ministerio de Gobierno	Código utilizado cuando el texto se refiere específicamente al Ministerio de Gobierno.
• COE cantonal	Referencias a los COE cantonales
• COE provincial	Referencias a los COE provinciales
• Comercio	Código referente a la circulación e intercambio de mercancía
• Control de infecciones	Código asignado en el texto que se refiere a los sistemas de control de infecciones en los establecimientos de salud y en los espacios dispuestos para el alojamiento temporal de población como albergues.
• Declaratoria de desastre / emergencia / calamidad	Código asignado al texto que refiere a las declaratorias de emergencia, desastre o calamidad.
• Espacio público	Código utilizado en el texto que se refiere al espacio público como tal.
• Estrategias para gestionar la crisis	Código asignado a referencias a estrategias para la gestión de la crisis como planes estratégicos o planes operativos 6/2/23 17:37, fusionado con categoría gestión de crisis: Vacunación.
• Funciones del Estado	Asignado a textos referentes a las diferentes funciones del Estado, como la legislativa o la judicial, y sus competencias.

• GAD cantonales	Código asignado para identificar el texto referente a los GAD municipales y metropolitanos.
• Garantía / protección de derechos	Código que se asignó a cualquier porción de texto referente a la protección o garantía de derechos; por ejemplo, protección frente a situaciones de violencia, protección a niñas, niños adolescentes; derecho a la salud, derecho a la educación, entre otros.
• Gestión cadáveres	Código asignado a cualquier referencia realizada a la gestión de cadáveres y partes anatómicas.
• Gestión de alojamientos temporales	Código asignado a referencias hacia los alojamientos temporales o albergues, siempre que se refiera a su gestión.
• Gestión de riesgos	Código asignado cuando se encontró referencias explícitas a la gestión de riesgos de desastres.
• Grupos de atención prioritaria	Código asignado a cualquier texto referente a los grupos definidos como de atención prioritaria por la normativa ecuatoriana. Por ejemplo, personas adultas mayores, personas con discapacidad, niñas, niños, adolescentes.
• Higiene	Código utilizado para identificar texto referente a medidas de higiene como el lavado de manos, desinfección de superficies y alimentos, utilización de productos desinfectantes, gestión de desechos 6/2/23 19:08, fusionado con gestión de desechos.
• Indisciplina / desobediencia	Código utilizado cuando en el texto se encontró afirmaciones de la indisciplina, desacato, desobediencia de las personas frente a las medidas dispuestas 6/2/23 19:10, fusionado con categoría higienismo: incivildades/mal comportamiento.
• Información	Código utilizado ante las referencias hacia cualquier aspecto de la información como medios de comunicación (cuando no se refiera a disposiciones para estos), reportes, boletines, entre otros.
• Justificación para estados de excepción	Se utilizó este código para identificar las diferentes causas por las cuales se justificó o sobre las cuales se sustentaron los estados de excepción.
• Medidas de bioseguridad	Código que abarca texto referente a diversas medidas de bioseguridad como utilización de mascarilla u otros elementos de protección personal, así como el llamado <i>distanciamiento</i> .
• Medios de comunicación	Código asignado cuando se encontraron disposiciones específicas para los medios de comunicación.
• Ministerio de Defensa	Código utilizado para identificar texto que se refiere específicamente al Ministerio de Defensa.
• Movilidad humana	Código utilizado para las referencias relacionadas con aspectos de la movilidad humana.
• Necesidades diferenciadas	Código asignado a las porciones de texto que refieren a las necesidades de las personas que constan dentro de los grupos de atención prioritaria.
• Orden público / convivencia pacífica	Código utilizado para identificar el texto que se refiere a mantener el orden y la convivencia entre las personas.

• Organizaciones internacionales	Código utilizado cuando el texto se refirió a cualquier organización internacional o a los aspectos de la gestión con la comunidad internacional.
• Participación comunitaria	Código utilizado cuando se encontraron referencias explícitas a la participación comunitaria.
• Personal de salud	Código utilizado cuando se encontraron referencias explícitas al personal de salud.
• Población en condición de vulnerabilidad	En textos que se refieren a población en situación de vulnerabilidad como: población que vive en calle, condiciones de pobreza, población en situación de movilidad, entre otros.
• Población generadora de riesgo	Código utilizado cuando en el texto se identificó referencias a población o grupos poblacionales que constituirían riesgo de contagio para el resto de población, por ejemplo, personas que no respetan el aislamiento obligatorio.
• Presidencia de la República	Código utilizado para identificar el texto que se refiere específicamente a la presidencia de la república.
• Priorización	Referencias a priorizar un elemento sobre otro, o priorizar recursos
• Prohibición	Código utilizado en las referencias explícitas frente a disposiciones para no hacer o cometer una acción o actividad.
• Recuperación económica	Código que identifica texto referente a la reactivación de actividades y servicios, así como a la recuperación económica en general 6/2/23 19:25, fusionado con categoría productividad: reactivación.
• Restricciones	Código utilizado en el texto que es explícito en nombrar las restricciones.
• Salud pública	Cualquier referencia a la necesidad de precautelar la salud pública.
• Sectores estratégicos	Se utilizó este código en el texto que se refiere a los sectores relacionados con la energía, telecomunicaciones, hidrocarburos, y los demás considerados como estratégicos.
• Seguridad pública	Código utilizado cuando el texto se refiere a sustentar explícitamente diferentes acciones en la seguridad pública, del Estado o de la ciudadanía.
• Servicio integrado de seguridad	Código utilizado para texto que se refiere específicamente al Servicio Integrado de Seguridad.
• Servicio Nacional de Gestión de Riesgos	Código utilizado cuando el texto se refiere específicamente al Servicio Nacional de Gestión de Riesgos.
• Servicios de salud	Cualquier referencia a servicios de salud, como establecimientos de salud, ambulancias, centros de diagnóstico, entre otros.
• Servicios públicos	Código utilizado en texto que se refiere a los servicios públicos como servicios de agua potable, energía eléctrica, servicios de bomberos, entre otros.
• Servicios y actividades privadas	Código utilizado para identificar texto relacionado con servicios y actividades desarrollados por el sector privado, por ejemplo, actividades hoteleras, expendio de comida, servicios de recreación y ocio, entre otros.

• Suspensión / limitación de derechos	Código que se utilizó ante las disposiciones explícitas de limitación de derechos, como la limitación del derecho a la libre movilidad y asociación.
• Vigilancia epidemiológica	Código utilizado en texto que se refería específicamente a la vigilancia epidemiológica.
• Vigilancia / control	Código que se utilizó cuando se encontró en el texto referencias o disposiciones respecto a la acción de vigilar y controlar, por parte del Estado.
• Violencia	Código que se utilizó ante referencias explícitas a cualquier tipo de violencia, como violencia de género, violencia intrafamiliar, entre otras.

ANEXO 2: DOCUMENTOS ANALIZADOS

N.º	Nombre	Grupos	Comentario
1	08.04.2020_AIM_003_reformar el AIM_002.pdf.	Acuerdos Ministeriales	Reforma del acuerdo interministerial en el que se reglamenta la aplicación de multas
2	10.12.2020_AM-106-extiende _emergencia_SNS-106.pdf.	Acuerdos Ministeriales	Extensión de la emergencia en el SNS por 90 días a partir del 10/12/20
3	11.03.2021_AM-002_disponer _emergencia_SNS.pdf.	Acuerdos Ministeriales	Disponer la emergencia en el SNS, por 90 días, desde el 11/3/2021
4	12.03.2020_AM_126 _Emergencia_sector_salud.pdf.	Acuerdos Ministeriales	Declarar el estado de emergencia en todos los establecimientos del SNS por 60 días a partir del 11/3/2020
5	13.09.2020_AM-057_dispone _emergencia_SNS.pdf.	Acuerdos Ministeriales	Disponer la emergencia en el SNS por 90 días a partir del 13/9/2020
6	15.08.2020_AM-0044-2020 _xtensión-30-días-emergencia -sanitaria-MSP.pdf.	Acuerdos Ministeriales	Extender por 30 días el estado de emergencia sanitaria a partir del 15/8/2020
7	16.06.2020_AM_024_declarar _estado_emergencia_sanitaria.pdf.	Acuerdos Ministeriales	Declarar el estado de emergencia sanitaria en todos los establecimientos del SNS. Plazo similar al D.E. 1074 (15 de junio de 2020). Desde el 16 de junio
8	22.06.2020_AM-09-2020 _culmina_emergencia_sanitaria .pdf.	Acuerdos Ministeriales	Culminación de la emergencia sanitaria declarada, 22/6/2020
9	25.03.2020_AIM002 _Reglamento-para-la-aplicación -de-multas.pdf.	Acuerdos Ministeriales	Reglamento para normar la aplicación de multas a quienes incumplan el toque de queda
10	02.2020_Lineamientos operativos de respuesta frente a coronavirus 2019 COVID-19.pdf.	Otros	Lineamientos para servicios de salud
11	03.2021_Lineamiento-interinstitucional-para-reporte -de-aviso-de-accidente-de -trabajo-y-enfermedad-por -exposicion-laboral-a-la -COVID-19-en-el-sector-saluda -nivel-nacional.pdf.	Otros	Lineamientos para personal de salud

N.º	Nombre	Grupos	Comentario
12	05.2020_PLAN DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA DEL ECUADOR ANTE LA COVID-19.pdf.	Otros	
14	14.08.2020_LINEAMIENTO -PARA-COMUNICACIÓN -DEL-ESTADO-DEL -PACIENTE-EN-CONTEXTO -COVID-19.pdf.	Otros	Lineamientos específicos para comunicación asertiva entre profesionales y pacientes
15	20.05.2021_Plan-nacional-de -vacunacion-e-inmunicz acion-contr-el-COVID-19 -Ecuador-2021.pdf.	Otros	Población objetivo: personas de 18 años en adelante, no específica adultos mayores, tampoco son los grupos de atención prioritaria como tal
16	a_16_03_20Dec_No._1017.pdf.	Decretos ejecutivos	
17	b_15_05_20DecNo._1052.pdf.	Decretos ejecutivos	
18	c_15_06_20DecNo._1074.pdf.	Decretos ejecutivos	
19	d_14_08_20DecNo._1126.pdf.	Decretos ejecutivos	
20	e_21_12_20DecNo._1217 (inconst).pdf.	Decretos ejecutivos	
21	f_21_04_21 DecNo._1291.pdf.	Decretos ejecutivos	
22	03.2020_Lineamientos de prevención y control para casos sospechosos o confirmados de SARS CoV-2_COVID-19.pdf.	Lineamientos servicios de salud	Establecer lineamientos de prevención y control para la atención de casos sospechosos o confirmados de infección por el virus SARS CoV-2 / COVID-19 en diferentes ámbitos de acción
23	03.2020_Lineamientos para el servicio de atención pre-hospitalaria por posible evento de salud pública de importancia internacional - ESPII.pdf.	Lineamientos servicios de salud	
24	03.2020_LINEAMIENTOS-PPL .pdf.	Lineamientos servicios de salud	

N.º	Nombre	Grupos	Comentario
25	04.2020_Fortalecimiento-de -vacunación-en-alerta-sanitaria -COVID-19.pdf.	Lineamientos servicios de salud	
26	04.2020_Implementación_de _Centros_de_Atención _Temporal_(cat)__covid-19.pdf.	Lineamientos servicios de salud	
27	06.2020_Lineamientos_prevenicion y control COVID.pdf.	Lineamientos servicios de salud	
28	06.2020_PROTOCOLO -NEONATALES.pdf.	Lineamientos servicios de salud	
29	06.2020_Recomendaciones __manejo_materno-covid-19.pdf.	Lineamientos servicios de salud	
30	06.2020_Recomendaciones _profesionales_bancos_de_leche _humana.pdf.	Lineamientos servicios de salud	
31	04.2021_Protocolo_de _operativizacion_emergencia.pdf.	Lineamientos salud mental	
32	04.2021_Protocolo-cuidado -autocuidado.pdf.	Lineamientos salud mental	
33	11.2020_Protocolo-Cetad.pdf.	Lineamientos salud mental	
34	17 de marzo.docx.	COE marzo 20	
35	18 de marzo.docx.	COE marzo 20	
36	19 de marzo.docx.	COE marzo 20	
37	21 de marzo.docx.	COE marzo 20	
38	23 de marzo.docx.	COE marzo 20	
39	24 de marzo.docx.	COE marzo 20	
40	27 de marzo.docx.	COE marzo 20	
41	30 de marzo.docx	COE marzo 20	
42	31 de marzo.docx.	COE marzo 20	
43	Resolucion 14 marzo.docx.	COE marzo 20	
44	Resolucion 15 de marzo.docx.	COE marzo 20	
45	Resolucion 16 de marzo.docx.	COE marzo 20	
53	22 de marzo.docx.	COE marzo 20	
59	1 de abril.docx.	COE abril 20	
60	2 de abril.docx.	COE abril 20	

N.º	Nombre	Grupos	Comentario
61	3 de abril.docx.	COE abril 20	
62	4 de abril.docx.	COE abril 20	
63	6 de abril.docx.	COE abril 20	
64	7 de abril.docx.	COE abril 20	
65	9 de abril.docx.	COE abril 20	
66	10 de abril.docx.	COE abril 20	
67	13 de abril.docx.	COE abril 20	
68	15 de abril.docx.	COE abril 20	
69	16 de abril.docx.	COE abril 20	
70	17 de abril.docx.	COE abril 20	
71	19 de abril.docx.	COE abril 20	
72	20 de abril.docx.	COE abril 20	
73	21 de abril.docx.	COE abril 20	
74	23 de abril.docx.	COE abril 20	
75	25 de abril.docx.	COE abril 20	
76	27 de abril.docx.	COE abril 20	
77	28 de abril.docx.	COE abril 20	
78	29 de abril.docx.	COE abril 20	
79	30 de abril.docx.	COE abril 20	
80	Disposiciones-del-Coe-Nacional -a-Gads.pdf.	COE abril 20	
81	01-de-mayo-2020.pdf.	COE mayo 20	
82	02-de-mayo-2020.pdf.	COE mayo 20	
83	04-de-mayo-2020.pdf.	COE mayo 20	
84	08-de-mayo-2020.pdf.	COE mayo 20	
85	12-MAYO-2020.pdf.	COE mayo 20	
86	13-MAYO-2020.pdf.	COE mayo 20	
87	15-MAYO-2020.pdf.	COE mayo 20	
88	16-MAYO-2020.pdf.	COE mayo 20	
89	17-MAYO-2020.pdf.	COE mayo 20	
90	18-MAYO-2020.pdf.	COE mayo 20	
91	20-MAYO-2020.pdf.	COE mayo 20	
92	22-MAYO-2020.pdf.	COE mayo 20	
93	25-MAYO-2020.pdf	COE mayo 20	
94	27-MAYO-2020.pdf	COE mayo 20	

N.º	Nombre	Grupos	Comentario
95	RESOLUCIONES-29-DE-MAYO.pdf	COE mayo 20	
96	01-de-junio.pdf	COE junio 20	
97	08-junio.pdf	COE junio 20	
98	10-de-Junio.pdf	COE junio 20	
99	12-de-junio.pdf	COE junio 20	
100	15-de-junio.pdf	COE junio 20	
101	19-de-junio-2020.pdf	COE junio 20	
102	24-de-junio-2020.pdf	COE junio 20	
103	29-DE-JUNIO-v.f.pdf	COE junio 20	
104	RESOLUCIONES-03-JUNIO.pdf	COE junio 20	
105	01-de-julio.pdf	COE julio 20	
106	03-de-JULIO.pdf	COE julio 20	
107	08-de-julio.pdf.	COE julio 20	
108	10-de-julio.pdf.	COE julio 20	
109	13-de-julio.pdf.	COE julio 20	
110	17-de-julio.pdf.	COE julio 20	
111	20-de-julio.pdf.	COE julio 20	
112	22-de-julio.pdf	COE julio 20	
113	24-de-julio.pdf.	COE julio 20	
114	27-de-julio.pdf.	COE julio 20	
115	29-DE-JULIO.pdf.	COE julio 20	
116	31-de-julio.pdf.	COE julio 20	
117	03-de-agosto-1.pdf.	COE agosto 20	
118	06-de-agosto.pdf.	COE agosto 20	
119	11-de-agosto-de-2020.pdf.	COE agosto 20	
120	14-de-agosto-de-2020.pdf.	COE agosto 20	
121	15-de-agosto-2.pdf.	COE agosto 20	
122	16 agosto.pdf.	COE agosto 20	
123	19-de-agosto.pdf.	COE agosto 20	
124	21-de-agosto.pdf.	COE agosto 20	
125	01-de-septiembre-2020-v.f.pdf.	COE septiembre 20	
126	10-de-septiembre-de-2020-rc.pdf.	COE septiembre 20	

N.º	Nombre	Grupos	Comentario
127	11-de-septiembre-.pdf.	COE septiem- bre 20	
128	18-de-septiembre-de-2020-rc-1. pdf.	COE septiem- bre 20	
129	acuerdo_interministerial _no_00010_MSP_TURISMO _MDG.pdf.	COE septiem- bre 20	
130	01-de-octubre.pdf.	COE octubre 20	
131	15-de-octubre.pdf.	COE octubre 20	
132	22-de-octubre.pdf.	COE octubre 20	
133	29-de-octubre.pdf.	COE octubre 20	
134	19-de-noviembre-1.pdf.	COE noviem- bre 20	
135	20-de-noviembre-1.pdf.	COE noviem- bre 20	
136	16-de-diciembre-22h26.pdf.	COE diciem- bre 20	
137	21-de-diciembre-19h00.pdf.	COE diciem- bre 20	
138	22-18h11.pdf.	COE diciem- bre 20	
139	23-22h41.pdf.	COE diciem- bre 20	
140	30-de-diciembre.pdf.	COE diciem- bre 20	
141	03-de-enero-16h47.pdf.	COE enero 21	
142	07-de-enero.pdf.	COE enero 21	
143	10-de-enero.pdf.	COE enero 21	
144	11-de-enero.pdf.	COE enero 21	
145	12-de-enero.pdf.	COE enero 21	
146	14-de-enero.pdf.	COE enero 21	
147	02-de-febrero-v.8.pdf.	COE febre- ro 21	
148	09-de-febrero-v.1.pdf.	COE febre- ro 21	

N.º	Nombre	Grupos	Comentario
149	12-de-febrero-v.1.pdf.	COE febrero 21	
150	28-de-febrero-v.1.pdf.	COE febrero 21	
151	14-de-marzo.pdf.	COE marzo 21	
152	17-de-marzo-de-2021.pdf.	COE marzo 21	
153	22-de-marzo-v.2.pdf.	COE marzo 21	
154	28-de-marzo-de-2021.pdf.	COE marzo 21	
155	01-de-abril.pdf.	COE abril 21	
156	02-de-abril.pdf.	COE abril 21	
157	06-de-abril-v.f.pdf.	COE abril 21	
158	07-de-abril.pdf.	COE abril 21	
159	09-de-abril-v.f-1.pdf.	COE abril 21	
160	12-de-abril.pdf.	COE abril 21	
161	14-de-abril.pdf.	COE abril 21	
162	21.04.2021-v.f.pdf.	COE abril 21	
163	22-de-abril-1.pdf.	COE abril 21	
164	26-de-abril.pdf.	COE abril 21	
165	28-de-abril.pdf.	COE abril 21	
166	29-de-abril.pdf.	COE abril 21	
167	05-de-mayo-de-2021.pdf.	COE mayo 21	
168	07-de-mayo-de-2021.pdf.	COE mayo 21	
169	09-de-mayo-de-2021.pdf.	COE mayo 21	
170	19-de-mayo-de-2021.pdf.	COE mayo 21	
171	20-de-mayo-de-2021.pdf.	COE mayo 21	
172	11.04.2020_Protocolo de manejo de desechos generados ente evento coronavirus COVID - 19.pdf.	Mesa 1	Su integridad se basa en los lineamientos para manejo de desechos generados por personas confirmadas o sospechosas de COVID-19
173	15.03.2020_PROTOCOLO DE DESINFECCIÓN MERCADOS ANTE EL CORONAVIRUS.pdf.	Mesa 1	
174	15.03.2020_PROTOCOLO DE MANEJO DE DESECHOS SANITARIOS ANTE EL CORONAVIRUS.pdf.	Mesa 1	Se refiere completamente a la gestión de residuos

N.º	Nombre	Grupos	Comentario
175	18.03.2020_Protocolo protección del personal que opera los sistemas de agua potable.pdf.	Mesa 1	Se refiere a las medidas de bioseguridad para que los operadores de los sistemas de agua potable puedan realizar el trabajo
176	29.03.2020_Protocolo_para_el_procedimiento_de_limpieza_y_desinfección_de_espacio_público_y_vías.pdf.	Mesa 1	
177	Abril 1 2020.Protocolo-para-manipulación-disposición-final-cadáveres-antecedente-presunción-COVID-19-Hospitalario.pdf.	Mesa 2	Se refiere específicamente a la gestión de cadáveres, en cuanto a bioseguridad y pasos para el registro e identificación
178	Abril 9 2020.Lineamiento-interinstitucional_para_el-reporte-de-aviso-de-accidente-de-trabajo-por-exposición-laboral-al-sars-cov2-para-servidores-y-trabajadores-en-el-sistema-nacional-de-salud.pdf.	Mesa 2	Expone pasos específicos para la notificación de accidente de trabajo por exposición laboral
179	Abril 10 2020.PROTOCOLO PARA TRANSPORTE POR FINALIZACIÓN DE AISLAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO.pdf.	Mesa 2	Procedimiento para llevar a sus domicilios a las personas que concluyen APO (Aislamiento Preventivo Obligatorio)
180	Abril 14 2020.LINEAMIENTO-INTERINSTITUCIONAL-PARA-PREVENCIÓN-DE-TRANSMISIÓN-DE-COVID-19-EN-LOS-CENTROS-DE-PRIVACIÓN-DE-LA-LIBERTAD.pdf.	Mesa 2	Recomendaciones específicas ante la población de PPL (personas privadas de la libertad), basado en medidas de prevención y bioseguridad
181	Abril 25 2020.PROTOCOLO PARA INGRESO DE RESIDENTES GALÁPAGOS 25 DE ABRIL 2020-1.pdf.	Mesa 2	Establecer los mecanismos de coordinación interinstitucional para el ingreso controlado de personas que realizan su actividad productiva, mercantil y negocios, viven y trabajan en las islas de forma permanente y temporal; se encuentren en buen estado de salud y han cumplido APO

N.º	Nombre	Grupos	Comentario
182	Julio 2020.MANUAL-Deporte -en-formación.pdf.	Mesa 2	Lineamientos deporte formativo
183	Julio 2020.Manual-GIMNASIOS .pdf.	Mesa 2	Lineamiento para la activación de gimnasios Establecer los lineamientos para la reactivación de los gimnasios, centros de entrenamiento y similares, en lo que corresponde a la práctica de la actividad física, durante la emergencia sanitaria de COVID-19, que facilita el retorno paulatino a las actividades de una forma responsable, y contribuye a la salud de la población y a dinamizar la economía del sector
184	Junio 2020.lineamientos_gestión _alojamientos_temporales_covid .pdf.	Mesa 2	Establecer lineamientos para la gestión de alojamientos temporales, con el fin de brindar protección y servicios a la población directamente afectada por eventos peligrosos, al considerar las medidas de bioseguridad por la emergencia sanitaria COVID-19
185	Junio 2020.PLAN-NACIONAL -REACTIVACIÓN ACTIVIDADES FISICAS.pdf.	Mesa 2	Establecer los lineamientos para la reactivación del sector en lo que corresponde a la práctica de la actividad física en espacios libres y el deporte de alto rendimiento, durante la Emergencia Sanitaria de CORONAVIRUS
186	Marzo 18 2020.PROTOCOLO PARA ATENCIÓN TELEASISTIDA DE SALUD MENTAL EN COVID - 19. MTT2-PRT-0005.pdf.	Mesa 2	Establecer la respuesta oportuna de salud mental, a través de la atención psicológica y psiquiátrica viabilizada por medios tecnológicos y procedimientos específicos frente a salud mental

N.º	Nombre	Grupos	Comentario
187	Marzo 31 2020.Protocolo-para-la-manipulación-y-disposición-final-de-cadáveres-con-antecedente-y-presunción-COVID-19-extrahospitalario-V4_2020.pdf.	Mesa 2	Establecer las directrices para manipulación y/o disposición final de cadáveres con antecedente y presunción de COVID-19 Extrahospitalario: Procedimientos específicos para manipulación, identificación y registro
188	Marzo 2020.LINEAMIENTOS PARA INHUMACIÓN COLECTIVA DE CADÁVERES COVID.pdf.	Mesa 2	Definir las directrices y lineamientos de control administrativo y técnico-científico para la gestión de procesos de inhumación colectiva de cadáveres con antecedente y presunción de COVID-19 como alternativa de disposición final
189	Marzo 2020.PROTOCOLO-DE-PREVENCIÓN-DE-RIESGOS-PSICOSOC-MTT2-_2020.pdf.	Mesa 2	Establecer las directrices de cuidado y autocuidado del interviniente en procesos operativos o administrativos de COVID-19
190	Abril 14 2020.PROTOCOLO DESINFECCIÓN DE CONTENEDORES.pdf.	Mesa 3	Establecer un procedimiento de control integral del arco de desinfección, el cual es una medida fitosanitaria emergente y de cumplimiento obligatorio
191	Abril 27 2020.PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTERNACIONAL POR LA FRONTERA NORTE. pdf.	Mesa 3	Protocolo para el transporte internacional de mercancías por carretera por la frontera norte Procedimiento específico para el transporte de mercancías
192	Marzo 23 2020.(ima)Protocolo _Limpieza_Desinfecciones TransportePúblico.pdf.	Mesa 3	Protocolo de limpieza y desinfección de unidades de transporte público Protocolo específico de desinfección de unidades de transporte
193	Marzo 26 2020.(ima) PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE UNIDADES DE TRANSPORTE MARÍTIMO.pdf.	Mesa 3	Protocolo para limpieza y desinfección de unidades de transporte marítimo Protocolo específico para limpieza y desinfección de las unidades de transporte marítimo y fluvial

N.º	Nombre	Grupos	Comentario
194	Marzo 31 2020.PROTOCOLO DE CORREDORES LOGÍSTICOS ESTRATÉGICOS.pdf.	Mesa 3	Establecer mecanismos de articulación interinstitucional, que permitan la operación de transporte de carga pesada con productos de primera necesidad, medicamentos, bienes de consumo y productos priorizados conforme a la necesidad nacional, a través de la determinación de corredores logísticos que brinden las garantías de bioseguridad y operatividad a los transportistas del sector
195	Marzo 2020.(ima) ProtocoloOperatividadFrontera_CEBAF_CENAF_MTOP.pdf.	Mesa 3	Protocolo operatividad para CEBAF y CENAF frente a la declaratoria de emergencia de COVID-19
196	Abril 14 2020.PROTOCOLO DESINFECCIÓN DE CONTENEDORES.pdf.	Mesa 4	Establecer un procedimiento de control integral del arco de desinfección, el cual es una medida fitosanitaria emergente y de cumplimiento obligatorio La desinfección externa de los contenedores que ingresen al territorio ecuatoriano, sin distinción de la carga que contengan y antes de salir de los puertos marítimos a nivel nacional, evita el ingreso / propagación de plagas, hongos, virus entre otros para nuestro país. Procedimiento específico para limpieza de contenedores
197	Abril 2020.Protocolo-para -prevención-y-contingencia -de-coronavirus-zona-tagaeri -taromenane.pdf.	Mesa 4	Establecer el procedimiento a seguir por las instituciones competentes, a fin de que actúen en territorio para atender las necesidades dentro del contexto de la emergencia sanitaria de Coronavirus (COVID-19), en las comunidades que se encuentran en el área de influencia de la Zona Intangible Tagaeri-Taromenane (ZITT) y Parque Nacional Yasuní (PNY).

N.º	Nombre	Grupos	Comentario
198	Julio 24 2020.PROTOCOLO CON PERTINENCIA INTERCULTURAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA COVID EN PUEBLOS_Y _NACIONALIDADES.pdf.	Mesa 4	Establecer procedimientos de articulación interinstitucional, intersectorial y entre actores sociales presentes en los territorios de pueblos y nacionalidades de Ecuador, para dar respuesta coordinada y con pertinencia intercultural a la emergencia sanitaria de COVID-19
199	Marzo 18 2020.Lineamiento para habitantes de calle.pdf.	Mesa 4	Lineamientos para atención de personas habitantes de la calle durante el período de emergencia sanitaria y estado de excepción
200	Marzo 2020.Protocolo-de -comunicación-y-atención-de -casos-de-violencia.pdf.	Mesa 4	Establecer procedimiento de comunicación y atención de casos de violencia de género e intrafamiliar durante la emergencia sanitaria
201	Marzo 2020.(ima)_Protocolo -para-la-distribución -de-kits-de-alimentos-para -asistencia-social.pdf.	Mesa 5	
202	Marzo 2020.(ima)_Protocolo-para -validación-de-infraestructuras -para-atención-de-casos-de -aislamiento-o-atención -médica-intermedia-extensión -hospitalaria.pdf.	Mesa 5	Establecer procesos para validación de infraestructura para aislamiento y extensión hospitalaria
203	Mayo 3 2020.Protocolo -para-la-articulación-de-los -sistemas-locales-de-protección-de-derechos -de-niños-niñas-adolescentes -y-personas-adultas-mayores -en-el-marco-de-la-emergencia -sanitaria-Covid-19.pdf.	Mesa 5	Establecer un procedimiento de articulación interinstitucional para garantizar el cuidado y protección de niñas, niños, adolescentes y personas adultas mayores frente a la incidencia de COVID-19. Mediante la emisión de medidas de protección definidas por las juntas cantonales...
204	Abril 18 2020.Informe_plan _educativo_covid_19_coe.pdf.	Mesa 5	Comunicación MINEDUC- Ministerio de Gobierno y SNGRE, que detalla plan para el sector educativo

N.º	Nombre	Grupos	Comentario
205	Abril 2020.Lineamientos para entrega-recepción de IE destinadas como alojamientos temporales en situaciones de emergencia.pdf.	Mesa 5	Proceso específico de entrega recepción de instituciones educativas a ser utilizados como alojamientos temporales
206	Abril 2020.Lineamientos para inicio de clases de las instituciones educativas fiscales.pdf.	Mesa 5	Con el fin de salvaguardar la integridad de toda la comunidad educativa, y brindar a los niños, niñas y adolescentes una medida de contención emocional, ante la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno nacional, se han previsto medidas que faciliten el inicio de clases en el régimen Costa-Galápagos para 2020
207	Marzo 20 2020.Protocolo actuación frente situaciones violencia COVID-19.pdf.	Mesa 5	
208	Marzo 25 2020.Lineamientos de acción de Brigadas de Contención Emocional durante la Emergencia Sanitaria COVID-19.pdf.	Mesa 5	
209	08.2020_Protocolo_de_seguridad_y_salud_en_el_trabajo_para_el_sector_público.pdf.	Mesa 6	Brindar lineamientos técnicos que contribuyan efectivamente en la prevención del contagio, vigilancia, seguimiento y control de los trabajadores y servidores en las actividades laborales, a fin de precautelar la salud de la población trabajadora de forma que se mantenga la productividad
210	Abril 10 2020.PROTOCOLO PARA LA HIGIENE DE ALIMENTOS EN ESTABLECIMIENTOS DE EXPENDIO.pdf.pdf.	Mesa 6	Asegurar la inocuidad. Prevenir la contaminación. Disminuir el riesgo de contagio de enfermedades. Prevenir la transmisión de COVID-19
211	Abril 25 2020.Plan General para el retorno al Trabajo y Guía.pdf.	Mesa 6	Establecer medidas de prevención para el retorno progresivo de las actividades laborales, que permita, de esta manera, evitar la transmisión, proliferación y contagio de COVID-19 a los trabajadores, empleadores, clientes, consumidores y ciudadanía en general

N.º	Nombre	Grupos	Comentario
212	Abril 30 2020.GUÍA DE BIOSEGURIDAD PARA ENTREGAS A DOMICILIO Y ATENCIÓN AL CLIENTE.pdf.	Mesa 6	Prevenir el contagio a través de la implementación de medidas básicas... precautelar la salud de sus trabajadores
213	Junio 9 2020.PROTOCOLO -BIOSEGURIDAD-PARA -ACTIVACIÓN-MUSEOS -BIBLIOTECAS-ARCHIVOS .pdf.	Mesa 6	Establecer los lineamientos generales que deberán considerar los repositorios de la memoria para su funcionamiento y activación durante los diferentes períodos de la crisis sanitaria (COVID-19), a través de la implementación de medidas básicas necesarias, que permitirán precautelar la salud de sus trabajadores, usuarios, y la conservación de bienes culturales y patrimoniales
214	Marzo 30 2020.PROTOCOLO BIOSEGURIDAD_manejo de residuos_Alojamiento_turístico.pdf.	Mesa 6	Normar el uso de prendas de protección personal, a fin de fortalecer la bioseguridad para el personal y usuarios del establecimiento de alojamiento turístico
215	Marzo 2020.PROTOCOLO DE RECOMENDACIONES PARA ACTORES DEL SECTOR AGROPRODUCTIVO.pdf.	Mesa 6	Facilitar la respuesta público-privada rápida y efectiva ante las emergencias agrícolas, mediante un plan consensuado de contingencia de acciones a ejecutar
216	Septiembre 2020.Lineamientos _para_el_ingreso_de_turistas_a _galápagos.pdf.	Mesa 6	Procedimiento específico para el ingreso de turistas a GPS
217	Julio 2020(ima)_Protocolo _gestión_asistencia_humanitaria _internacional.pdf.	Mesa 8	Procedimiento específico para gestión de asistencia humanitaria
218	Marzo 23 2020(ima)_Protocolo ingreso al país durante la vigencia del Estado de EXcepción, de niños, niñas y adolescentes que están fuera del país sin sus padres o tutores legales....pdf.	Mesa 8	Procedimiento específico para el ingreso a Ecuador de personas vulnerables
219	a.1_22_03_20DecNo. _1019_2020.pdf.	Decretos ejecutivos	

N.º	Nombre	Grupos	Comentario
220	ACTUALIZACIÓN -2.0-PROTOCOLO -CON-PERTINENCIA -INTERCULTURAL -PARA-LA-PREVENCIÓN -Y-ATENCIÓN-DEL -COVID-19-EN-PUEBLOS -Y-NACIONALIDADES -INDÍGENAS -AFROECUATORIANOS -Y-MONTUBIOS-DEL -ECUADOR-1.pdf.	Mesa 4	

ÚLTIMOS TÍTULOS DE LA SERIE MAGÍSTER

372	Sergio Arias, <i>Práctica judicial y delito en la provincia de Mariquita (1821-1830)</i>
373	Elisa Escobar, <i>Estrategias de comunicación y etnodesarrollo en San Andrés de Canoa</i>
374	Paola Vanessa Hidalgo, <i>La representación de lo diferente: El autismo en la narrativa mediática</i>
375	Alex Panizo, <i>Migración y educación pública: Inclusión de estudiantes venezolanos en Ecuador</i>
376	Alejandro Rodas O., <i>Beneficios de la acupuntura y acupuntura en la fase de cese del Tianguí</i>
377	Janneth Rangles, <i>Alteraciones de la energía del Espíritu-Shen: Estrés académico y proceso socioeconómico</i>
378	Jeanneth Albuja Echeverría, <i>Derechos humanos, mujeres y gestión de política pública local</i>
379	Vinicio Benalcázar, <i>Trazos en la mirada: El grafiti en la movilización popular de octubre de 2019</i>
380	Camilo Pinos Jaén, <i>Deconstrucción del habeas corpus en Ecuador: Análisis de su eficacia</i>
381	Daliseth Rojas-Rendón, <i>Emigración venezolana ante la crisis humanitaria, política y social</i>
382	Daniel Pabón, <i>Estudio histórico y espacial del uso del suelo en la microcuenca del río Tabacay</i>
383	Alexandra Guerrón Montero, <i>Masculinidades y violencia de género</i>
384	Vanessa Bósquez Salas, <i>Envejecer con derechos: La participación social de los adultos mayores</i>
385	Hugo Navarro Villacís, <i>La selección y revisión de sentencias en Ecuador desde el derecho comparado</i>
386	Santiago Tarapués, <i>El COVID-19 en adultos mayores en Ecuador: Enfoque securitista y neohigienista</i>

Frente a la emergencia suscitada por la pandemia de COVID-19, Ecuador implementó un modelo de gestión centrado en los conceptos de «securización» y «neohigienismo», en el que las medidas fueron impuestas de manera vertical desde el gobierno a la población. El objetivo principal fue mitigar la pandemia, enfocando las operaciones directamente en la seguridad y la higiene, sin dar solución a los problemas estructurales subyacentes. Este estudio se enmarca en un paradigma crítico y examina las disposiciones legales aplicadas durante el estado de excepción, así como el impacto de las acciones restrictivas en los grupos prioritarios, en especial en las personas adultas mayores.

Santiago Tarapués (Tulcán 1981) es licenciado en Laboratorio Clínico (2007) por la Universidad Central del Ecuador y magíster en Gestión del Riesgo del Desastres (2019) y en Epidemiología y Salud Colectiva (2023) por la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Ha trabajado durante más de 12 años en distintos ámbitos de la gestión de riesgos de desastres. Actualmente es consultor y docente en estos campos.



9789942604811