

**Universidad Andina Simón Bolívar**

**Sede Ecuador**

**Área de Salud**

Maestría Profesional en Epidemiología y Salud Colectiva

**La securitización sanitaria y el neo higienismo como premisa en la  
respuesta frente a la pandemia por COVID-19**

**Un análisis crítico desde la determinación social de la salud**

Santiago Andrés Tarapues Arcos

Tutor: Fausto Guillermo Patiño Mosquera

Quito, 2023





## Cláusula de cesión de derecho de publicación

Yo, Santiago Andrés Tarapues Arcos, autor del informe de investigación intitulado “La securitización sanitaria y el neo higienismo como premisa en la respuesta frente a la pandemia por COVID-19: Un análisis crítico desde la determinación social de la salud”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magister en Epidemiología y Salud Colectiva en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

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

17 de abril de 2023

Firma: \_\_\_\_\_



## Resumen

El 28 de febrero del 2020 se confirmaba el primer caso de la enfermedad por el nuevo coronavirus —COVID-19— en el Ecuador. A partir de esta fecha, el *Estado* ecuatoriano, a través del poder ejecutivo, diseñó e implementó políticas y dispositivos para gestionar la crisis desencadenada por la llegada de la enfermedad al mundo y al país. Durante el primer año de la pandemia, los dispositivos implementados por el *Estado* se basaron en medidas excepcionales en el marco de las cuales la limitación de derechos y el aislamiento fueron la norma. El presente trabajo pretende exponer los preceptos securitistas e higienistas que determinaron la gestión de crisis en el Ecuador, enfocando esta gestión exclusivamente en la cadena de contagio y no en los procesos sociales que determinan la salud de la colectividad, en especial de grupos poblacionales que ameritan análisis particulares como las personas adultas mayores. En el marco de la teoría fundamentada, se analizaron las disposiciones emitidas por las autoridades estatales durante el primer año de pandemia a partir del primer caso confirmado en el Ecuador. Realizando procesos de codificación abierta, axial y selectiva se encontraron las principales categorías teóricas estando relacionadas estas, con la gestión centralizada y vertical por parte del Estado, la securitización en la gestión e instrumentos para gestionar la crisis con características neohigienistas. Los elementos encontrados en las categorías centrales, se contrastaron con la percepción de una muestra de personas adultas mayores a quienes se les aplicó entrevistas semiestructuradas. Se concluye que, el esquema adoptado por el Estado ecuatoriano para la gestión de crisis posee fuertes características securitistas y neohigienistas. Lo que impide el análisis e intervención sobre los procesos sociales que determinan la salud de la colectividad, sobre todo en contextos de emergencias.

Palabras clave: higienismo, determinación social, salud colectiva, emergencias, crisis, desastres



## Tabla de contenidos

Introducción .....	11
Capítulo primero El neohigienismo y la securitización en la salud y en la gestión de riesgos de desastres: fragmentación de la realidad y militarización .....	15
1. Determinación social.....	15
3. Higienismo y neohigienismo.....	19
4. Securitización .....	22
5. Securitización de la salud y los desastres en el contexto internacional .....	24
6. Securitización en el contexto nacional .....	27
Capítulo segundo Metodología .....	31
1. Pregunta central y objetivos .....	31
2. Tipo de estudio .....	32
3. Técnicas e instrumentos utilizados en el estudio .....	33
4. Diseño muestral.....	33
5. Procesamiento de la información .....	35
Capítulo tercero Adultos mayores en el contexto de la pandemia por COVID-19 ¿Grupo de atención prioritaria?.....	45
1. Definición de grupos de atención prioritaria.....	45
2. Adultos mayores como grupo de atención prioritaria .....	47
3. Resultados .....	51
4. Discusión.....	63
Conclusiones .....	67
Lista de referencias.....	71
Anexos.....	81
Anexo 1: Red de relaciones código Protocolos/guías .....	81
Anexo 2: Red de relaciones código jornadas laborales.....	82

Anexo 3: Red de relaciones código Fuerza pública .....	83
Anexo 4: Red de relaciones código Ministerio de Salud Pública .....	84
Anexo 5: Red de relaciones código Semaforización.....	85
Anexo 6: Red de relaciones código Excepciones a las restricciones .....	86
Anexo 7: Red de relaciones código Estado de excepción.....	87
Anexo 8: Red de relaciones código Cuarentena/aislamiento obligatorio .....	88
Anexo 9: Red de relaciones código Sanciones.....	89
Anexo 10: Red de relaciones código TICs.....	90
Anexo 11: Red de relaciones código Adultos mayores y grupos de atención prioritaria .....	91
Anexo 12: Red de relaciones código Grupos de atención prioritaria.....	92
Anexo 13: Documentos analizados .....	93
Anexo 14: Modelo de consentimiento informado.....	111
Anexo 15: Guion entrevista .....	113





## Introducción

El presente trabajo se inscribe en el paradigma crítico y constituye 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 denominada COVID-19.

El trabajo se encuentra estructurado de tal manera que permite al lector una aproximación teórica-conceptual desde la determinación social de la salud, abordando posteriormente los conceptos de securitización, higienismo y neo-higienismo. Se expone posteriormente los aspectos metodológicos para exponer al final las reflexiones específicas respecto a la población de personas adultas mayores, los resultados y la exposición de las conclusiones.

En este sentido, se intenta exponer cómo el modelo aplicado en el Ecuador para la gestión de la crisis por COVID se encasilla en conceptos que algunos autores como Basile (2020, 10), han denominado como neo higienismo público y “securitización de la salud y las amenazas globales” (Basile 2020, 13). Determinando esta situación, 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; siendo las personas adultas mayores uno de estos grupos.

Así, después de la declaración de pandemia por la enfermedad COVID-19 por parte de la Organización Mundial de la Salud —OMS en adelante—, el 16 de marzo, el Gobierno del Ecuador emite un decreto para implementar un *estado de excepción* en cuyos tres primeros artículos dispone:

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

Artículo 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 [...]

Artículo 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, art. 14)

Con lo cual se inicia 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, 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 denominada 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 al incumplimiento de las disposiciones, en medio de una sociedad excluyente, inequitativa y desigual. Basile (2020, 10) 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.

En definitiva, 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 grupos vulnerables pudieron quedar en segundo plano.

Considerando que, las personas adultas mayores constituyen un grupo de atención prioritaria según lo determinado en la propia constitución de la República:

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)

Cabría suponer que recibieron atención prioritaria frente a un escenario tan complejo, y que sus necesidades —al menos las fundamentales— pudieron ser atendidas a pesar de las disposiciones restrictivas. Aunque probablemente, el resultado se asemeje a lo descrito por Klein (2020, 135–36):

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.

Analizando la gestión de la crisis por COVID-19 en el Ecuador, durante el periodo comprendido entre el 28 de febrero del 2020 (reporte del primer caso de COVID-19 en Ecuador) hasta el 1 de marzo del 2021, el presente documento intenta responder a la pregunta:

¿Cómo ha afectado a la población adulta mayor, el enfoque securitista y neohigienista adoptado en el Ecuador para el manejo de la emergencia por 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 han estado presentes en esta determinación, y cuyos instrumentos han sido utilizados por el Estado y las grandes corporaciones.

En primera instancia, se aborda una ligera conceptualización de la determinación social de la salud, exponiendo 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 exponen 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.

#### **1. 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; manteniendo así, 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 la recolección de datos estadísticos sin considerar los aspectos sociales, históricos, culturales, 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 abordadas 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 extra social 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, 31–37).

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, enfatizando 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 considerados 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 determinados por el “modo de reproducción social imperante” (Breihl 2010, 86–87).

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. Mas bien, estos son el resultado de una compleja interacción entre la historia, la cultura, la economía, y la relación de la humanidad con el medio ambiente. Sin embargo, más allá de la etimología, en la práctica se continúa abordando 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, como el realizado por (Blaikie et al. 2014) en donde se expone cómo 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 la vivienda, lo que puede conducir a la exclusión de aquellos que no pueden pagar por estos servicios 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 desastres han sido aprovechadas para implementar medidas que profundizan aún más las inequidades, como en aquellos casos documentados por Klein (2011). En dichos casos, se evidencia cómo las crisis y desastres fueron utilizados como oportunidades para imponer políticas neoliberales, favoreciendo a grandes corporaciones y élites económicas y políticas. Estas políticas 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 contexto 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. Instrumentos que han sido utilizados por los gobernantes para tener cuerpos y poblaciones disciplinadas.

## 2. Biopolítica y biopoder

En el siglo anterior, en la década de los setenta, el filósofo Michel Foucault (2000), engloba en su trabajo lo que él denomina como *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, longevidad; cuya comprensión se basa en los métodos estadísticos y cuyo 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, 220–21).

En las propias palabras de Foucault:

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. (Foucault et al. 2000, 226).

Así mismo, 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 al liberalismo y al neoliberalismo como su prolongación durante el siglo XX, donde 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 despersonalizar la sociedad, enalteciendo la autonomía individual en nombre del progreso y la libertad, donde ningún poder mantiene vinculados a los individuos entre sí (Ríos 2012, 34–37).

El biopoder —biopolítica como sinónimo— en conclusión, 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 denominado como medicina social, el derecho soberano, la sexualidad, la gobernanza liberal y neoliberal, y las guerras racistas (Ríos 2012, 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.

### 3. Higienismo y neohigienismo

Ya en 1760 se hacía referencia al higienismo: Wolfgang Thomas Rau, habría empleado 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. Posteriormente a 1772, el médico Johann Peter Frank, publicaría su tratado referente a un sistema completo para una *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, 270–72).

Guereña (Guereña 2000, 65–69), expone como en las décadas posteriores — finales del siglo XVIII—, se elaboran diversos *manuales de urbanidad*, dirigidos principalmente a niñas, niños, adolescentes. Dedicados a la limpieza y aseo 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. Manifiesta también, 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 referente al higienismo recogida por Sandra Caponi (2002), a partir de la referencia a varios autores clásicos del siglo XIX, como Villermé, Virchow — cuyo discurso asociaba la pobreza con la inmoralidad — y el 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. 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 conductas moral o socialmente indeseables. De este modo, prácticas como la desinfección de espacios, control de los migrantes, moralización, 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 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 Avila 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; la cual se desencadenó, entre otros motivos por problemas de hacinamiento, enfermedades, delincuencia, insalubridad, descontento social, inmigración, y los problemas de insalubridad 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 hacinaban y *mal vivían*; lo que mejoraría la salubridad y evitaría el contagio de enfermedades (Quijano 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, 245–46), nos cuentan como esta reforma se enmarca en la búsqueda de la represión del vicio y la moralización del hombre. Citan en su trabajo 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.

Al referirnos al ámbito local, autores como Kingman (2002, 4–10), nos cuenta el camino seguido por el higienismo en los siglos XIX e inicios del XX en los procesos de configuración de las principales ciudades del Ecuador y de la diferenciación social de las clases en estos territorios. El autor referido 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, ordenanzas, y en general asuntos relacionados con el ordenamiento social. Menciona también, un tercer momento a inicio 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 Suarez 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 las organizaciones de *notables* locales hacia el *Estado* central. Nínfa León (2012, 63–69) nos recuerda como en el marco de la Revolución Liberal de 1895 y la Revolución Juliana de 1925, desencadenada como respuesta a la descomposición del *Estado* provocada por la burguesía bancaria de Guayaquil, el *Estado* central asume la responsabilidad sobre la política social y se crean 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 ejercería sobre todo el litoral y el Consejo Supremo de Sanidad cuya jurisdicción estaría en toda la República; guardando este esquema, una lógica de inserción del 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 crean las Juntas Superiores de Higiene y Sanidad en Quito y Cuenca, así como una Comisión Especial de Saneamiento en Guayaquil. Esta última, tendría involucrado al Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, canalizando 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, 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 debido a que “no afectaban a las actividades comerciales relacionadas con los intereses económicos de los sectores dominantes”(León Jimenez 2012, 67–68).

Lo ocurrido durante la denominada pandemia por COVID-19, nos recuerda bastante 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 nos recuerda 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 Soliz se refiere al *neohigienismo* como una construcción producto de la intensificación del miedo a la suciedad, las bacterias, y el rechazo a las personas pobres como portadoras de estos microorganismos, culpables por ende, de la transmisión de estas enfermedades (Soliz Torres 2021, 34). Se propone en los siguientes capítulos, exponer específicamente estos elementos en la gestión de la crisis en el 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.

#### 4. 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 denominada escuela de *Copenhague* (Restrepo, s. f., 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 ir más allá de las medidas regulares (Buzan, Wæver, y 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 (Buzan, Wæver, y Wilde 1998, 23:25). El mismo Wæver (1995, 6), ya en 1995 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, autores como Demurtas (2014, 53), sostiene que la presencia de actores externos en un territorio puede influir en los procesos de securitización. Esta afirmación la realiza utilizando como ejemplo el papel que tuvo la estrategia de Estados Unidos —derivada de los sucesos ocurridos en septiembre del 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 los 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,<sup>1</sup> 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)

Esta visión de las amenazas para la seguridad por parte del país del norte se vería potenciada por los sucesos ocurridos en septiembre del 2001, priorizando 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 ampliando 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

---

<sup>1</sup> Traducción propia desde el idioma inglés.

y defensa de los derechos humanos, la solidaridad, la cooperación y el respeto a la soberanía nacional (OEA 2003, 2).

Así mismo, en el literal *i* de este mismo numeral 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, 3)

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, utilizando medidas excepcionales fuera de los instrumentos normales de la política pública.

## 5. Securitización de la salud y los desastres en el contexto internacional

En las estrategias de seguridad nacional de los 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 del continente, contribuyó de manera importante a posicionar esta visión; por ejemplo: posteriormente a los eventos de septiembre del 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 respecto a la economía y la seguridad. Consiguiendo de este modo, financiamiento no solo de las instituciones concernientes a la salud pública, sino también del Departamento de Defensa; justificando y aludiendo a las *amenazas no tradicionales* para la seguridad y la economía del país. Esto también 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 (King 2002, 770); y el documento del CDC (2002, 19), 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 (Centers for Disease Control and Prevention 2002, 19).

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 el 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: 3.500 soldados, 2.200 infantes de marina, un porta aviones con aproximadamente 4.000 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 2010). Logrando con esta operación el total control de la seguridad de la capital,

así como de la respuesta humanitaria que arribaba al país, a pesar del malestar de países europeos y latinoamericanos (Lozano 2011, 563–64).

Respecto a la respuesta internacional frente al brote de *enfermedad por el virus del ébola* (EVE), ocurrido en el continente africano en el año 2014, se debe destacar que esta provino principalmente de la mano del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y no desde estructuras enfocados 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, determinando el despliegue de la primera misión epidemiológica internacional y de fuerzas militares provenientes de los países de occidente (Flor 2018, 54).

En el continente americano, y en alineación con esta propuesta, los *desastres naturales* y los eventos 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:

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

Brindando de esta manera, la oportunidad para que diversos autores locales y regionales, puedan realizar propuestas teóricas y estratégicas. Griffiths (Griffiths 2007, 96–97) 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; encontrando dentro de estos últimos a los eventos generados por acción de la naturaleza —por ejemplo terremotos y tsunamis—, y aquellos generados por la acción humana, en donde ubica las epidemias y las enfermedades infecto contagiosas.

Así mismo, dentro de las propuestas estratégicas, serían los propios países de la región, quienes considerarían a los desastres como una amenaza para la seguridad; llegando incluso —a través de sus ministerios de defensa—, a proponer la militarización de la respuesta a estos eventos. En el 2010, en el marco de la Conferencia de Ministros de Defensa de las Américas (2010), bajo la mirada de los Estados Unidos, un grupo de países —Ecuador entre ellos—, habría presentado 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 propuesta no habría prosperado, se dejó constancia en el acta del evento, de

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, 191–92) 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; este centró sus esfuerzos en la implementación de una agenda de cooperación bilateral y multilateral en materia de desastres. Esta agenda — que buscaría el mantenimiento de la influencia y presencia en la región—, fue ejecutada principalmente por el *Comando Sur de Estados Unidos*, el cual establecería a los *desastres naturales* como una de las principales amenazas para la estabilidad y seguridad en el continente (United States Southern Command 2008, 4). Lo cual permitiría el incremento de actividades y financiamiento para asistencia humanitaria, así como el fomento y patrocinio de la participación de los países del continente en los ejercicios relacionados con estos eventos. También la necesidad de emprender esfuerzos para mejorar la respuesta ante desastres y la prestación de *servicios esenciales como la atención médica*. Expone también 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 la profundización de la dependencia por parte de las autoridades políticas, de las fuerzas armadas para la respuesta humanitaria.

## 6. Securitización en el contexto nacional

Con la entrada en vigor de la norma constitucional del 2008, se avizoraba 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 abordaje de los riesgos desde 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). También, la norma 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” (EC 2008a, art. 375). 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*” (EC 2008a, 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” (EC 2008a, art. 397). En definitiva, el cambio de paradigma desde la mera reacción cuando ocurre un desastre, hacia la intervención sobre los procesos generadores de los riesgos y la consecuente disminución de la vulnerabilidad quedaba expresamente dispuesto; y expresamente 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 Secretaria General del Consejo de Seguridad Nacional*, cuya prioridad institucional no constituye la predicción y prevención de desastres de cualquier origen” (EC 2008b, considerandos; énfasis añadido); hacia una secretaría *adscrita al sector seguridad*, encabezado en aquel entonces, por el *Ministerio Coordinador de Seguridad Interna y Externa* (EC 2008b, art. 1; énfasis añadido). Esta reorganización institucional se implementa 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 (EC 2009, art. 34).

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

Así, 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 2011, 36). En este marco, la agenda de la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos (2011, 14), 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*.

El plan de seguridad identifica en el Ecuador algunas de esas nuevas amenazas, o amenazas emergentes. Así, menciona a “los desastres naturales o provocados, los problemas del medio ambiente y las enfermedades infecto contagiosas” (EC 2011, 44) entre las nuevas amenazas que deben ser prevenidas o enfrentadas desde este paradigma; determinando de esta manera, la lógica normativa, institucional, y operativa para el abordaje 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 desarrollado para la investigación. Iniciando con el tipo de estudio, pasando por diseño muestral, se expresa al final cómo se procesó la información.

Este proceso metodológico fue diseñado considerando la pregunta central como principal orientación para abordar la problemática planteada respecto a la utilización de instrumentos securitistas e higienistas para la gestión de la crisis en el contexto de la pandemia por COVID-19. Y cómo esto afectó a un grupo poblacional como son las personas adultas mayores.

#### 1. Pregunta central y objetivos

Como se ha mencionado, el trabajo se desarrolló persiguiendo la respuesta a la pregunta central: ¿Cómo ha afectado a la población adulta mayor, el enfoque securitista y neohigienista adoptado para el manejo de la emergencia por COVID-19, en el 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 el Ecuador, a partir de las disposiciones gubernamentales y la percepción de personas adultas mayores.

##### 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 modelo para gestión de la crisis por la pandemia por COVID-19. En el Ecuador.

- c) Analizar el impacto que este modelo para gestionar la crisis ha ocasionado en los modos de vida de los colectivos vulnerables; realizando una aproximación sobre las personas adultas mayores.

## 2. Tipo de estudio

El presente trabajo cualitativo se desarrolla con una perspectiva metodológica crítica, persiguiendo el análisis de 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 del 2020 —fecha en la cual se confirmó el primer caso de COVID-19 en Ecuador—, y el 1 de marzo del 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 exponiendo dentro del marco teórico, el camino seguido por el país desde las primeras décadas del presente siglo en cuanto a la gestión de riesgos de emergencias y desastres, mismo que 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 (Breihl 2014, 24).

El estudio se desarrolló en dos momentos: el primero consistió en una revisión documental de las disposiciones oficiales emitidas por el Estado central durante el primer año de la pandemia; y un segundo momento en el cual se buscó conocer la apreciación de personas mayores respecto a determinados elementos encontrados en la revisión documental.

### 3. Técnicas e instrumentos utilizados en el estudio

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

a) Revisión documental — Consistiendo netamente en una técnica documental a través de la conformación de un *corpus* de documentos escritos siguiendo los criterios de inclusión y exclusión señalados más adelante. Se utilizó para este propósito los repositorios de los documentos oficiales presentes en las páginas *web* de la Secretaría de Gestión de Riesgos<sup>2</sup>, del Ministerio de Salud Pública<sup>3</sup>, de la Cámara de Industrias y Producción<sup>4</sup>. Eventualmente se utilizó 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 “documentos analizados”

b) Percepción de personas adultas mayores — Con la finalidad de comprender la percepción de las personas adultas mayores, se utilizaron técnicas conversacionales, a partir de entrevistas individuales semiestructuradas. El instrumento utilizado fue un guion de 10 preguntas, enfocadas hacia los elementos destacados en el primer momento del trabajo. El guion puede ser observado en el anexo “guion para las entrevistas”

### 4. Diseño muestral

La muestra se ha definido siguiendo 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 determinada utilizando un criterio de saturación. Se realizó la búsqueda de códigos para la comprensión analítica en dos momentos:

---

<sup>2</sup> Repositorio denominado “Resoluciones COE”, presente en la dirección web: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>. Y “Protocolos y Manuales”, presente en la dirección web: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/protocolos-y-manuales/>.

<sup>3</sup> Repositorio denominado “Documentos Normativos Coronavirus Ecuador”, presente en la dirección web: <https://www.salud.gob.ec/documentos-normativos-coronavirus-ecuador/>.

<sup>4</sup> Repositorio denominado “Repositorio de documentos Emergencia COVID-19 Ecuador”, presente en la dirección web: <https://www.cip.org.ec/2020/09/30/repositorio-de-documentos-emergencia-covid-19-ecuador/>.

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 del 2020 y el 1 de marzo del 2021.

Se excluyeron del estudio aquellos documentos que, siendo emitidos por autoridades en el periodo de análisis referido:

- No poseen firmas de responsabilidad y documentos que no poseen fecha de emisión.
- Aquellos que se refieren exclusivamente al manejo clínico y terapéutico de la enfermedad COVID-19.
- Aquellos que contienen exclusivamente características técnicas y especificaciones de biológicos, medicamentos, insumos y dispositivos médicos a ser utilizados en el contexto de la pandemia por 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 personas adultas mayores 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 el Ecuador, durante la instauración de la pandemia por COVID-19, específicamente en el periodo de tiempo entre el 28 de febrero del 2020 y el 1 de marzo del 2021.
- Tenían al menos 65 años al 28 de febrero del 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 personas adultas mayores que desarrollaron esta actividad entre el 28 de febrero del 2020 y el 1 de marzo del 2021.
- Personas adultas mayores que durante el periodo mencionado poseían afiliación a 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 conocida como

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 (Berenguera et al. 2014, 93). En este sentido, las personas a las que pudo acceder no pertenecieron a un ámbito geográfico-político específico dentro del Ecuador.

## 5. 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. Estos datos 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, incluyendo el análisis de los datos previamente recopilados, 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, 10–12).

La codificación implica una interacción con los datos utilizando 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 necesario 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 cualitativo<sup>5</sup> 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

---

<sup>5</sup> Se utilizó como instrumento de apoyo el software especializado en análisis cualitativo Atlas Ti. Versión 23.0.1

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 poseía un código, se consideraba que su densidad era 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.

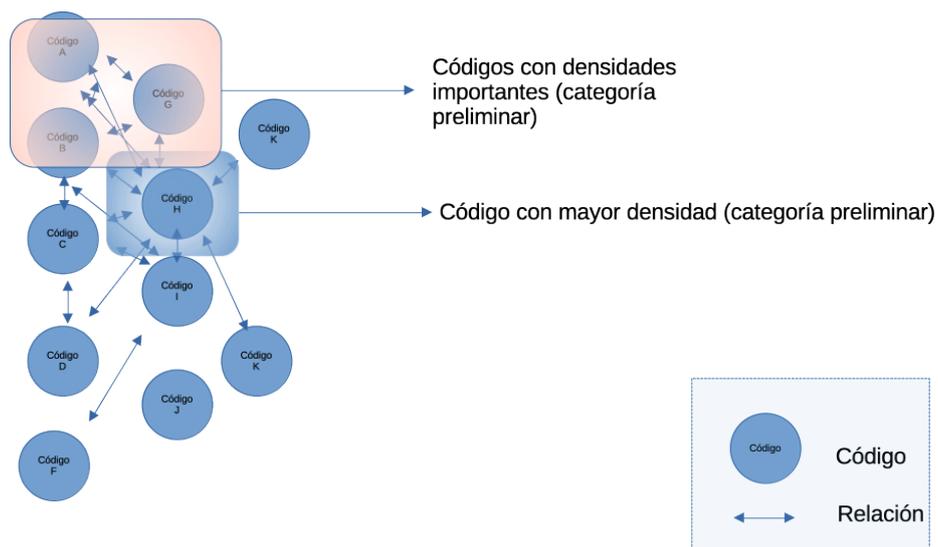


Figura 1. Explicación gráfica de la generación de densidades a partir de las relaciones entre códigos.

Fuente y elaboración propias

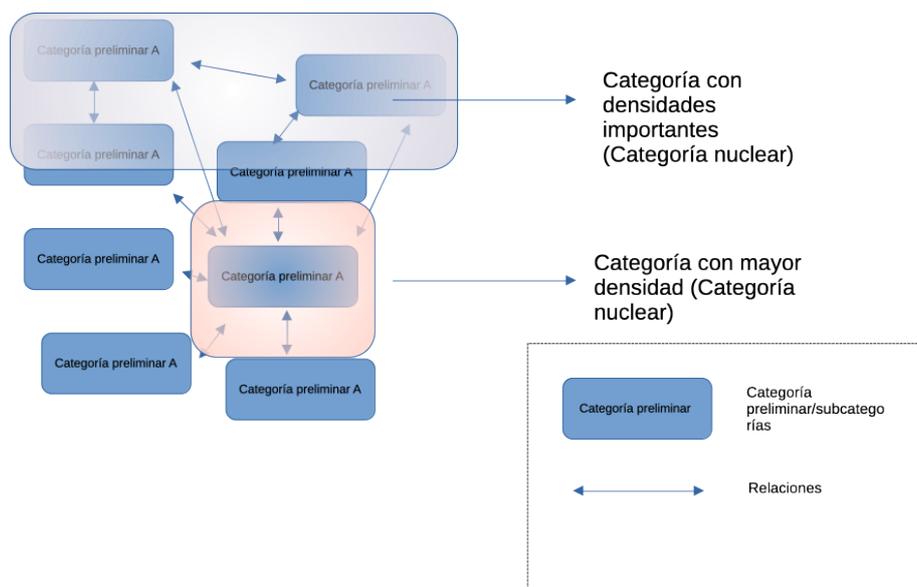


Figura 2. Explicación gráfica de la generación de categorías nucleares a partir de las densidades en las categorías preliminares y subcategorías.

Fuente y elaboración propias

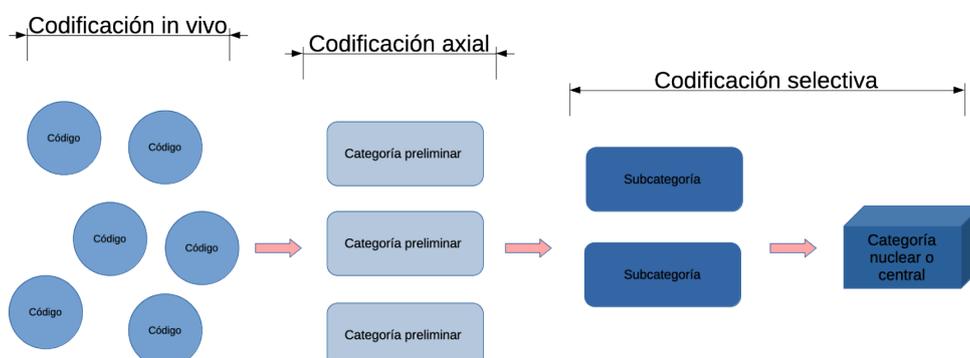


Figura 3. Explicación gráfica del proceso de codificación desde la codificación *in vivo* hasta la obtención de categorías centrales o nucleares

Fuente y elaboración propias

Llegado 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 personas adultas mayores. También se verificó el grado de participación y representación de las personas adultas mayores en la validación o elaboración de las disposiciones emitidas a través de los documentos emitidos para la gestión de la pandemia.

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

## 6. Libro de códigos

Una vez aplicada la codificación abierta *in vivo*, se obtuvieron los siguientes códigos, a partir de los cuales se aplicó la codificación axial. Como punto de inicio en el proceso de muestreo teórico-teoría.

Tabla 1.  
Libro de códigos utilizados en la codificación abierta *in vivo*

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>
○ 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 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.
○ 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	8/2/23 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.
● TICs	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 (FFAA/PPNN)	19/1/23 17:12, fusionado con Policía Nacional.
○ Ministerio de Gobierno	Código utilizado cuando el texto se refiere específicamente al Ministerio de Gobierno.
○ COE cantonal	Referencias al Comité de Operaciones de Emergencia Cantonal.
○ COE Provincial	Referencias a los Comités de Operaciones de Emergencia 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.
○ GADs cantonales	Código asignado para identificar el texto referente a los Gobiernos Autónomos Descentralizados 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 distanciamiento.
○ 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 al 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 <i>Estado</i> .
○ Violencia	Código que se utilizó ante referencias explícitas a cualquier tipo de violencia, como violencia de género, violencia intrafamiliar, entre otras.

Fuente: Propia

Elaboración: Propia

## 7. Criterios éticos

Se consideraron durante el desarrollo del trabajo, 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. Ver anexo, modelo de consentimiento informado.

Se aseguró la confidencialidad de su información, asegurando no colocar en el trabajo ningún dato personal, las referencias o citas incluidas en el trabajo consisten en códigos que permiten ubicar a quien pertenecen. El autor posee bajo su custodia los consentimientos informados donde podrían plasmarse datos personales y no serán públicos al 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 las y los participantes lo hubiesen solicitado.



## Capítulo tercero

### Adultos mayores en el contexto de la pandemia por COVID-19 ¿Grupo de atención prioritaria?

A continuación, se expone la declaración de garantía de derechos presente en la normativa nacional desde la propia Constitución de la República. 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.

Siendo la población de personas adultas mayores 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 por COVID-19 pudo haber afectado su salud física y mental.

#### 1. Definición de grupos de atención prioritaria

Es necesario partir desde los derechos garantizados en la Constitución de la República. 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 2008<sup>a</sup> 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 2008<sup>a</sup> art. 35, el énfasis me pertenece).

Estos grupos se definen a partir de la consideración hacia personas y grupos de personas que, por diferentes circunstancias, la vinculación hacia el desarrollo y el mejoramiento de sus condiciones de vida puede verse dificultado (Llor et al. 2019, 355); siendo 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 puede ubicar tanto a nivel nacional como en el nivel internacional a partir de las convenciones de las cuales el Ecuador es suscriptor. Estos van 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, 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 el año 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 personas adultas mayores (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 como 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 exponía 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”.<sup>6</sup> Aunque para la exposición de este punto se ha expuesto 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.

## 2. 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 personas adultas mayores. 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 2008<sup>a</sup> art. 36)

El Estado garantizará a las personas adultas mayores 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 2008<sup>a</sup> art. 37)

El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, 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*

---

<sup>6</sup> Traducción propia desde el idioma inglés.

*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 personas adultas mayores 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 me pertenece)

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 personas adultas mayores, 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 (EC 2019 art. 4)

Las personas adultas mayores 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 (EC 2019 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 el 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, nos vamos a referir solo a algunos de estos instrumentos para brindar un contexto normativo al trabajo que nos encontramos desarrollando.

Siendo la participación ciudadana 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 personas adultas mayores, 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 extra convencionales que si son específicos con esta población, como los informes de la ONU y la CDH sobre el disfrute de los derechos humanos por las personas adultas mayores <sup>7</sup> (Bósquez 2022, 40–41).

Dentro de los informes mencionados, se considera pertinente hacer referencia especialmente a las conclusiones del informe referente a la situación de los derechos humanos de las personas adultas mayores en los contextos de emergencia, se destaca entre otras cosas: que estas personas son afectadas desproporcionalmente en las situaciones de emergencia; que deben ser tomadas en cuenta en las fases de planificación, respuesta y recuperación en la gestión de las emergencias; 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 personas adultas mayores 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 por que las necesidades de las personas adultas mayores se vean reflejadas en los sistemas de salud y de asistencia humanitaria (ONU 2019, 15–19).

A pesar de todo este marco, la situación de las personas adultas mayores no ha dejado de ser preocupante en el marco de la prioridad que ha sido declarada: siendo el 6,6% de la población total del país (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional

---

<sup>7</sup> Referidas en estos informes como *personas de edad*.

s.f.); entre el 2013 y 2014, el 81% de este grupo poblacional se encontró en condiciones de pobreza y pobreza extrema; y un 74,8% en el 2018 (EC 2022b, 6). Las personas adultas mayores 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 personas adultas mayores, es claro que, en el país la prestación de servicios proporcionados a las personas adultas mayores 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).

Llegada la pandemia por COVID-19, estas vulnerabilidades se habrían profundizado toda vez que, desde el punto de vista biológico, son las personas adultas mayores 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 también se paralizó (Aguilar Cárceles y Carrillo Lerma 2021, 52–54). Es que, las personas adultas mayores 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 relacionado con las personas adultas mayores (Gerst-Emerson y Jayawardhana 2015), y se ha demostrado que el aislamiento aumenta la severidad de la depresión y la ansiedad en estas 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 personas adultas mayores 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.

### 3. Resultados

Este apartado tiene el propósito de exponer los resultados encontrados en la revisión documental primero y posteriormente aquello mencionado por las personas adultas mayores en las entrevistas.

#### a) 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: *COE Nacional*, *Fuerza Pública*, *Estado de Excepción*, *Semaforización*, *Excepciones a las restricciones*, *Coordinación Interinstitucional*, *Actividades laborales*, *Funciones del Estado*. Considerando a estas, como las primeras categorías; o categorías analíticas sobre las cuales se realizó el primer proceso de reflexión y comparación teórica.

Es que, a través de los decretos ejecutivos —para implementar los estados de excepción—, el presidente de la República otorgó al Comité de Operaciones de Emergencia, 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 Comité de Operaciones de Emergencia 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 2020<sup>a</sup> art. 3); “en los términos que disponga el Comité de Operaciones de Emergencia 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 2020<sup>a</sup> art. 5). Disposiciones que se recogen en todos los decretos ejecutivos expedidos para este propósito.

Respecto al uso de la fuerza pública, la Presidencia de la República dispuso: “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 2020<sup>a</sup> 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 impuestas” (EC 2020h art. 2); entre otras disposiciones tanto para las Fuerzas Armadas como 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 relacionarnos produjeron densidades importantes en torno de los siguientes códigos: *Protocolos y guías, COE Nacional, Coordinación interinstitucional, Jornadas laborales, Fuerza Pública, Ministerio de Salud Pública, Semaforización, Excepciones a las restricciones*. Considerando estas redes, categorías secundarias y realizando en este punto, un nuevo análisis y reflexión teórica.

El COE Nacional, en función de las atribuciones otorgadas a través de los decretos ejecutivos, dispuso los términos en los que se cumplirían las limitaciones de derechos y las restricciones, autorizando-aprobando instrumentos como protocolos, guías; y emitiendo disposiciones para 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’ ” (COE Nacional 2020e); “ Recordar a todos los organismos del sistema de salud público y privado el cumplimiento del ‘Protocolo para la Manipulación y Disposición Final’ ” (COE Nacional 2020f Literal 3); “Solicitar al Consejo de Gobierno del Régimen Especial [...] un protocolo más específico sobre las restricciones de ingreso” (COE Nacional 2020b Literal 5); “Se informa a la ciudadanía que, a partir [...] se actualiza el ‘Protocolo de emisión y control de salvoconductos’ y; se resuelve: [...]” (COE Nacional 2020e); “Aprobar la ‘Guía de bioseguridad para entregas a domicilio y atención al cliente [...],’ presentada por [...]” (COE Nacional 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 2022<sup>a</sup> Art. 4).

En el marco de estos lineamientos —protocolos, guías, etcétera—, 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 se refinó las categorías considerando que las categorías iniciales: *Protocolos/guías*, *COE Nacional*, *Coordinación interinstitucional*; se encuentran íntimamente relacionadas<sup>8</sup>. Esto pues, 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 una categoría en sí, debido a la gran densidad dada por las relaciones generadas a partir de la codificación axial<sup>9</sup>. Prácticamente se relaciona en todos los aspectos de la gestión de la pandemia, se relaciona 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 2020<sup>a</sup> art. 6); “se dispone al Comité de Operaciones de Emergencia 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” (COE Nacional 2020g).

La categoría *Fuerza pública*, conformada por las disposiciones emitidas para las Fuerzas Armadas y 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

---

<sup>8</sup> Ver anexo: Red de relaciones código: *Protocolos/guías*

<sup>9</sup> Ver anexo: Red de relaciones código: *Jornadas Laborales*

ejemplo: “Las multas aplicadas a los ciudadanos que incumplen las disposiciones de toque de queda vigente emitidas por el Comité de Operaciones de Emergencia Nacional, podrán ser expedidas por: a) La Policía Nacional” (EC 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” (COE Nacional 2020c); “se dispone a las Fuerzas Armadas establecer un corredor sanitario de entrada y salida desde y hacia la provincia del Guayas” (COE Nacional 2020d); “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” (COE Nacional 2020l).

La siguiente categoría en consolidarse en función de su densidad, es aquella relacionada con el código *Ministerio de Salud Pública*<sup>10</sup>. El Ministerio de Salud 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 2022<sup>a</sup> 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 2020g). 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 periodo 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 2020e); 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.” (COE Nacional 2020f); “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” (COE Nacional 2020i).

---

<sup>10</sup> Ver anexo: Red de relaciones código: *Ministerio de Salud Pública*

Después de las categorías mencionadas, las densidades importantes que se consolidan giran en torno a los códigos: *Semaforización*<sup>11</sup>, *Excepciones a las restricciones*<sup>12</sup>, *Estado de excepción*<sup>13</sup>. 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*, *TICs*. Considerando sus características<sup>14</sup>, 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*, *TICs*, se consolidan como categorías por las características de sus relaciones.

Respecto a la categoría *Cuarentena/aislamiento obligatorio*, y sus relaciones<sup>15</sup>, se puede encontrar en los documentos analizados referencias 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 2020<sup>a</sup> 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” (COE Nacional 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” (Mesa técnica 1 2020, 6); entre otras.

---

<sup>11</sup> Ver anexo: Red de relaciones código: *Semaforización*.

<sup>12</sup> Ver anexo: Red de relaciones código: *Excepciones a las restricciones*.

<sup>13</sup> Ver anexo: Red de relaciones código: *Estado de excepción*.

<sup>14</sup> Ver anexo: Caracterización de códigos.

<sup>15</sup> Ver anexo: Red de relaciones código: *Cuarentena/aislamiento obligatorio*.

La categoría *Sanciones*<sup>16</sup>, se desprende de referencias contenidas en las disposiciones como: “Reglamentar la aplicación de multas por incumplimiento del toque de queda” (EC 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 2020<sup>a</sup> 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 establecidos por los entes competentes” (COE Nacional 2020f); entre otras.

La categoría *TICs*, con sus relaciones<sup>17</sup>, 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” (COE Nacional 2020<sup>a</sup>); “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” (COE Nacional 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 8 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) *TICs*; 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, considerando las características resultantes y la naturaleza de cada uno de los códigos, en un proceso de codificación selectiva, se obtuvieron 3 categorías nucleares:

---

<sup>16</sup> Ver anexo: Red de relaciones código: *Sanciones*.

<sup>17</sup> Ver anexo: Red de relaciones código: *TICs*.

1. Gestión centralizada. – Consolidada a partir de las subcategorías: *Ministerios*, *Ministerio de Salud Pública*, *COE Nacional*, *Coordinación interinstitucional*, *Protocolos/guías*. Se observan las relaciones entre cada una de las subcategorías en la Figura 4.

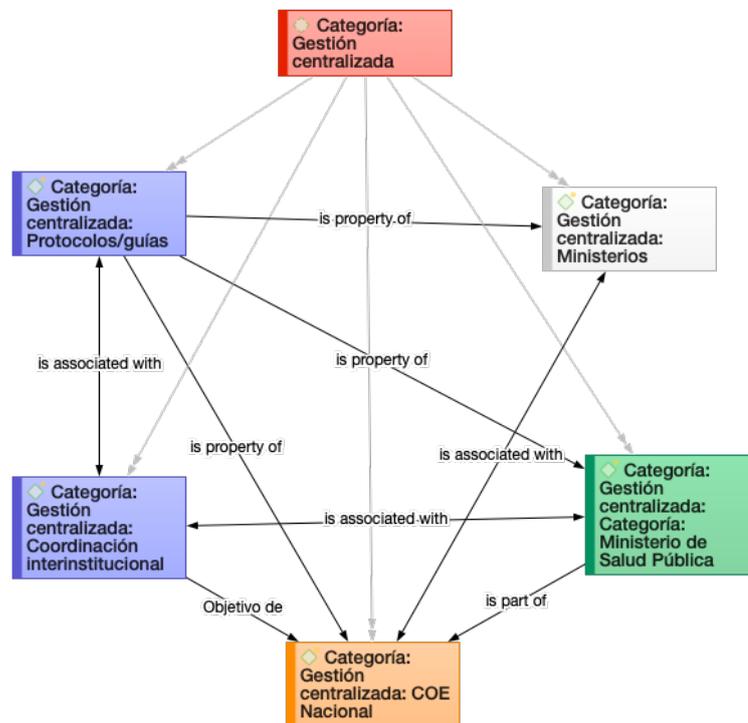


Figura 4. Red de relaciones que consolidan la categoría nuclear *Gestión centralizada*.  
Fuente y elaboración propias

2. Categoría Securitización. – Se consolida a partir de las relaciones encontradas entre los códigos y las subcategorías: *Fuerza Pública* y *Ministerio de Gobierno*, como se visualiza en la figura 5



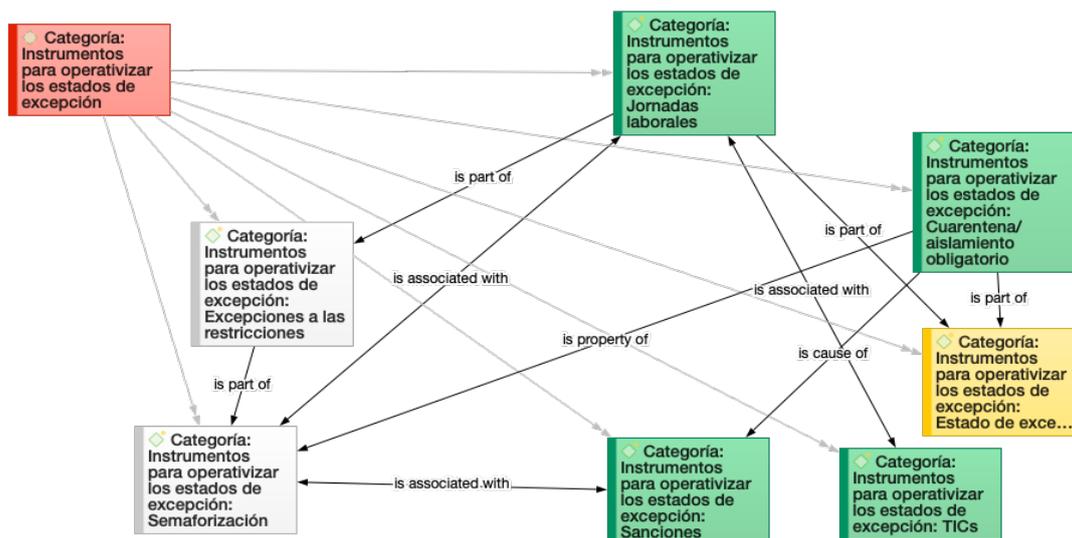


Figura 6. Red de relaciones que consolida la categoría nuclear *Instrumentos para operativizar los estados de excepción*.  
Fuente y elaboración propias.

Alcanzando con estas tres categorías —en base a la codificación selectiva—, la saturación teórica.

Los códigos: *Adultos mayores*, o *Grupos de atención prioritaria* no generaron densidades importantes a partir de sus relaciones,<sup>18</sup> las disposiciones relacionadas con la población de personas adultas mayores —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” (COE Nacional 2020a); “Se deberán extremar precauciones con adultos mayores y personas con preexistencias, no debiendo asistir a ninguna actividad que los exponga” (COE Nacional 2020i); “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” (Mesa técnica 6 2020, 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” (Agencia de regulación y control fito y zoonosanitario 2020, 5).

<sup>18</sup> Ver anexo: Red de relaciones códigos: *Adultos Mayores* y *Grupos de atención prioritaria*.

Es necesario mencionar, que algunos documentos analizados declaran la prioridad a la que tienen derecho las personas adultas mayores, 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 2020c, 33); “Detalle de los grupos priorizados: - Adultos mayores en centros gerontológicos. [...] Vulnerables: Personas adultas mayores de 65 años y más” (EC 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” (Mesa técnica 4 2020, 3).

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

#### **b) Resultados a partir de la aplicación de entrevistas a personas adultas mayores**

Ya en el proceso de entrevistas, 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, como se dice, con alguna cosa de que necesitemos nosotros casi no; porque los medicamentos a veces nosotros mismos comprábamos” (J.R. 2022); “Por ejemplo, yo tengo el seguro social, en el seguro social no nos atendieron” (L.P. 2022); “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);

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, que vaya no más 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).

Aunque algunas personas percibieron que, sí se priorizó a las personas adultas mayores por parte del Estado central, manifestando por ejemplo: “Sí, sí les dieron

atención, nos vacunaron, todo nos dieron” (G.P. 2022); en general, identifican a sus redes de apoyo personales y familiares como los actores mediante los cuales pudieron solventar sus necesidades. Manifestaron: “Mis hijos, ellos nos traen hasta ahora a la fecha” (G.P. 2022); “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); “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 tenía bastantes amigos todos, y.., el 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); “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); “Ah... si, 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, si les afectó” (S.A. 2022).

Así mismo, 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 no más era” (L.F. 2022); “¿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 aún, ahí en el barrio le conté a una señora que no puedo salir y todo eso, yo estaba sola” (L.P. 2022); “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); “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).

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 medidas 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); “Claro, yo ya por las noticias en la televisión, como le digo eso qué me enteraba yo todo lo que iba a pasar todo eso, que para qué era que hacían eso, siempre así”(J.Z. 2022); “Eso como decían en las noticias que bastaba que llega 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).

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 débil, 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); “O sea, estábamos preocupados que esa enfermedad llegaba y... nos daba miedo pues, para, porque nos vamos a contagiar” (H.A. 2022); “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).

Las personas entrevistadas consideran que, la indisciplina de las personas ocasionó que la enfermedad se propagara; manifestando 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); “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); “La gente descuidada, que no le importaba nada.” (G.P. 2022). 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); “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).

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); “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); “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 si 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); “Yo creo que sí, porque si 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 si 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 si por ejemplo hay muchas personas que tenía familia es un poco miedoso para que salga” (L.Z. 2022).

#### 4. 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* central representado por las carteras de estado —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*, disponiendo en este sentido: qué se podía hacer, quién podía hacerlo, en 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 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 la implementación 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 personas adultas mayores —prioridad consagrada de manera clara en la legislación nacional—, las disposiciones operativas contenidas en los instrumentos normativos —guías, protocolos, procedimientos, otros—, durante el periodo analizado, se refieren principalmente a *resguardar* a estas personas del contagio, evitando 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 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 personas adultas mayores, 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 personas adultas mayores 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 personas adultas mayores, 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 denominada pandemia por 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 del 2021 que, “[...] un régimen diseñado para ser temporal y excepcional no puede perennizarse mientras dure la pandemia y sus consecuencias”(EC 2021a). 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 (2000), 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, enfocando la respuesta en la interrupción de la cadena de contagio dejando 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, 41:49). 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 Constitución de la República, 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 periodo 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 2004), exponiendo las características neo higienistas presentes en administración de la crisis referida.

En este contexto higienista, a la población de adultos mayores se les evita que tomen contacto con el resto de la sociedad, se les aísla, se dispone que se excluyan de las jornadas laborales, se evita llevarlas a los centros de comercialización, se evita exponerles a lugares públicos ..., las demás personas se convierten en portadoras que hay que evitar a toda costa, independientemente sean estas, 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 es que, es instintiva la necesidad de protegerse a toda costa de aquello que amenaza, aunque esto, de ninguna forma quiera decir que se encuentren protegidos por quienes deben hacerlo, tampoco les tranquiliza, podría incluso inhabilitarles 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 personas adultas mayores. 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 podría generalizar los resultados de la entrevista 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 aborda los problemas que habrán tenido que enfrentar en este contexto, seguramente mucho más complicados que los desafíos que tuvieron que enfrentar las personas que si participaron en el estudio.



## Lista de referencias

- Abberley, Paul. 1987. "The concept of oppression and the development of a social theory of disability." *Disability, Handicap & Society* 2 (1): 5–20.
- Agamben, Giorgio. 2020. *¿En qué punto estamos? La epidemia como política*. Primera. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- Agencia de regulación y control fito y zoosanitario. 2020. "Protocolo de recomendaciones para el sector agroproductivo". Agencia de regulación y control fito y zoosanitario.
- Aguilar Cárceles, Marta María, y Celia Carrillo Lerma, eds. 2021. *COVID-19 y víctimas de especial vulnerabilidad: análisis de las principales circunstancias de riesgo*. Estudios Europeos 4. Madrid Barcelona Buenos Aires São Paulo: Marcial Pons. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv2zp4xfc>.
- Almeida Filho, Naomar de. 1992. *Epidemiología sin números: una introducción crítica a la ciencia epidemiológica*. 2a ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina sanitaria panamericana, Oficina regional de la salud, Organización mundial de la salud.
- A.S. 2022. Entrevista realizada en el marco del estudio: La securitización sanitaria y el neo higienismo como premisa en la respuesta frente a la pandemia por COVID-19. Un análisis crítico desde la determinación social 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". Buenos Aires: FLACSO.
- Berenguera, Anna, José Fernández de Sanmamed, Mariona Pons, Enriqueta Pujol, Dolors Rodríguez, y Sílvia Saura. 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*. 0 ed. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203714775>.
- Bósquez, Diana. 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, periodo 2014-2021”. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8832>.
- Breihl, Jaime. 2010. “La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano”. *Salud Colectiva*, abril, 83–101.
- . 2011. “Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud”. En , 31–37. Rio de Janeiro: Universidad Andina Simón Bolívar.
- . 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*, 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, Colo: Lynne Rienner Pub.
- 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° 89: 81–94.
- Caponi, Sandra. 2002. “Entre miasmas y microbios: la vivienda popular higienizada”. *Cad. Saúde Pública*, 1665–74.
- Celi, Patricio. 2017. “Estándares de los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria en Ecuador”. En *Memorias 2017*, 175–82. UTPL Investiga, VI. Loja: UTPL.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2002. “Protecting the Nation’s Health in an Era of Globalization: CDC’s Global Infectious Disease Strategy”.
- Charmaz, Kathy. 2006. *Constructing grounded theory*. London ; Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- . 2012. “The Power and Potential of Grounded Theory”. *Medical Sociology online* 6 (3): 2–15.

- CMDA. 2010. “Acta de clausura. IX Conferencia de Ministros de Defensa de las Américas”. CMDA. 26/062022. <http://scm.oas.org/pdfs/2010/cp25453.pdf>.
- COE Nacional. 2020a. “Resolución 14 de marzo 2020”. SNGRD. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
- . 2020b. “Resolución 16 de Marzo 2020”. SNGRD. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
- . 2020c. “Resolución 17 de Marzo 2020”. SNGRD. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
- . 2020d. “Resolución 21 de marzo 2020”. SNGRD. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
- . 2020e. “Resolución 23 de marzo del 2020”. SNGRD. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
- . 2020f. “Resolución 24 de marzo 2020”. SNGRD. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
- . 2020g. “Resolución 30 de marzo 2020”. SNGRD. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
- . 2020h. “Resolución 2 de abril 2020”. SNGRD. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
- . 2020i. “Resolución 7 de abril 2020”. SNGRD. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
- . 2020j. “Resolución 21 de abril 2020”. SNGRD. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
- . 2020k. “Resolución 1 de mayo 2020”. SNGRD. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
- . 2020l. “Resolución 8 de mayo 2020”. SNGRD. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/resoluciones-coe/>.
- Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. s.f. “Estado de situación de las personas adultas mayores”. Gobierno del Ecuador. s.f. <https://www.igualdad.gob.ec/estado-de-situacion-de-las-personas-adultas-mayores/>.
- Corbin, Juliet M., y Anselm L. Strauss. 2008. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 3e [ed.]. Los Angeles [Calif.]: SAGE.
- 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, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- EC. 2008a. Constitución de la República del Ecuador 2008Electrónico. [https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf).
- . 2008b. Decreto Ejecutivo 1046-A. Decreto por el cual se reorganiza la Defensa Civil en Secretaría Técnica de Gestión de Riesgos. <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 estadoElectrónico. Art. 28. [https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/ene15\\_LEY-DE-SEGURIDAD-PUBLICA-Y-DEL-ESTADO.pdf](https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/ene15_LEY-DE-SEGURIDAD-PUBLICA-Y-DEL-ESTADO.pdf).
- . 2011. *Plan nacional de seguridad integral*. Quito: Ministerio Coordinador de Seguridad.
- . 2019. Ley Orgánica de las personas adultas mayoresElectrónico. Art. 5. [https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento\\_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf](https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf).
- . 2020a. Decreto No. 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 SaludElectrónico. 15. <https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/suplementos/item/12726-suplemento-al-registro-oficial-no-163>.
- . 2020b. Acuerdo Interministerial 002. Reglamento para la aplicación de multas. <https://www.salud.gob.ec/acuerdos-ministeriales-documentos-normativos-coronavirus/>.
- . 2020c. “Plan de preparación y respuesta del Ecuador ante la COVID-19”. Ministerio de Salud Pública. <https://www.corteconstitucional.gob.ec/seguimiento-1-20-ee-y-2-20-ee/1-derecho-a-la-salud/3820-plan-msp,-preparacio%CC%81n-y-respuesta-covid-19-mayo-2020/file.html#:~:text=El%20Plan%20de%20preparaci%C3%B3n%20y,la%20s>

- alud%20de%20la%20poblaci%C3%B3n.
- . 2020d. Decreto Ejecutivo 1052. Renovar el estado de excepción por calamidad pública en todo el territorio nacional, por los casos de coronavirus confirmados y número de fallecidos a causa de la COVID-19 en Ecuador. [https://www.telecomunicaciones.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/Decreto\\_Ejecutivo\\_No.\\_1052\\_20200415200635.pdf](https://www.telecomunicaciones.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/Decreto_Ejecutivo_No._1052_20200415200635.pdf).
- . 2020e. “Lineamientos técnicos para la gestión en alojamientos temporales de emergencia ante COVID-19”.
- . 2020f. Decreto Ejecutivo 1074. Declárese el estado de excepción por calamidad pública en todo el territorio nacional, por la presencia de la COVID-19 en el Ecuador y por la emergencia económica sobreviviente a la emergencia sanitaria que atraviesa el Estado ecuatoriano. <https://www.uta.edu.ec/v3.2/uta/reglamentosexternos/Decreto%20Ejecutivo%20No%201074-2020-ESTADO%20DE%20EXCEPCION.pdf>.
- . 2020g. Acuerdo Ministerial 024. Declaratoria de emergencia sanitaria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. <https://www.salud.gob.ec/acuerdos-ministeriales-documentos-normativos-coronavirus/>.
- . 2020h. Decreto Ejecutivo 1126 Electrónico. <https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/suplementos/item/13426-segundo-suplemento-al-registro-oficial-no-279>.
- . 2021a. Sentencia: No. 7-20-EE/20. Dictamen de inconstitucionalidad del decreto ejecutivo 1217 de estado de excepción por calamidad pública en todo el territorio nacional Electrónico. <https://portal.corteconstitucional.gob.ec/FichaRelatoria.aspx?numdocumento=7-20-EE/20>.
- . 2021b. “Plan nacional de vacunación e inmunización contra el COVID-19. ‘Plan Vacunarse’. Ecuador 2021”. Ministerio de Salud Pública. <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>.
- . 2022a. Acuerdo Ministerial 002. Declaratoria de emergencia en el Sistema Nacional de Salud. <https://www.salud.gob.ec/acuerdos-ministeriales-documentos-normativos-coronavirus/>.

- . 2022b. “Informe del estado situacional del servicio de cuidado gerontológico integral para personas adultas mayores provisionado por el MIES y Entidades Cooperantes”. MIES. <https://info.inclusion.gob.ec/index.php/informes-pamusrext/2022-inf-pam-usrint?download=2423:informe-adulto-mayor-octubre>.
- EC Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos. 2011. *Agenda de la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos*. Quito, Ecuador.
- 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° 13 (diciembre): 49–62. <https://doi.org/10.14422/cir.i13.y2018.004>.
- Foucault, Michel. 2004. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. 2ª reimp. argentina. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Foucault, Michel, François Ewald, Alessandro Fontana, Mauro Bertani, y Horacio Pons. 2000. *Defender la sociedad: curso en el Collège de France (1975-1976)*. Primera edición en español 2000, Sexta reimpresión. 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° 3: 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° 64 (abril): 183–202. <https://doi.org/10.17141/iconos.64.2019.3435>.
- 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): 1013–18. <https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302427>.
- G.P. 2022. Entrevista realizada en el marco del estudio: La securitización sanitaria y el neo higienismo como premisa en la respuesta frente a la pandemia por COVID-19. Un análisis crítico desde la determinación social de la salud.
- Griffiths, John. 2007. “Seguridad Hemisférica en América Latina. Alcances y Proposiciones”. *Revista de globalización, competitividad y gobernabilidad* 1 (1): 88–104.
- Guereña, Jean-Louis. 2000. “Urbanidad, higiene e higienismo”. *Areas, Higiensimo y Educación*, n° 20: 61–72.
- H.A. 2022. Entrevista realizada en el marco del estudio: La securitización sanitaria y el neo higienismo como premisa en la respuesta frente a la pandemia por COVID-

19. Un análisis crítico desde la determinación social de la salud.
- Herby, Jonas, Lars Jonung, y Steve Hanke. 2022. “A literature review and meta-analysis of the effects of lockdowns on COVID-19 mortality”. *Studies in Applied Economics*, John Hopkins Institute for Applied Economics, Global Health, and the Study of Business Enterprise, , n° 200 (enero): 62.
- J.R. 2022. Entrevista realizada en el marco del estudio: La securitización sanitaria y el neo higienismo como premisa en la respuesta frente a la pandemia por COVID-19. Un análisis crítico desde la determinación social de la salud.
- J.S. 2022. Entrevista realizada en el marco del estudio: La securitización sanitaria y el neo higienismo como premisa en la respuesta frente a la pandemia por COVID-19. Un análisis crítico desde la determinación social de la salud.
- J.Z. 2022. Entrevista realizada en el marco del estudio: La securitización sanitaria y el neo higienismo como premisa en la respuesta frente a la pandemia por COVID-19. Un análisis crítico desde la determinación social de la salud.
- King, Nicholas. 2002. “Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health”. *Social Studies of Science*, 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° 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 (julio): 120–41.
- Klein, Naomi. 2011. *La doctrina del shock: el auge del capitalismo del desastre*. 3ª reimp. Barcelona: Paidós Ibérica.
- L.D. 2022. Entrevista realizada en el marco del estudio: La securitización sanitaria y el neo higienismo como premisa en la respuesta frente a la pandemia por COVID-19. Un análisis crítico desde la determinación social de la salud.
- León Jimenez, Ninfa. 2012. “La salud pública en el Ecuador durante las primeras décadas del siglo XX”. En *Revolución Juliana y salud colectiva*, Universidad Andina Simón Bolívar, 49–78. Quito: Corporación Editora Nacional.
- L.F. 2022. Entrevista realizada en el marco del estudio: La securitización sanitaria y el neo higienismo como premisa en la respuesta frente a la pandemia por COVID-19. Un análisis crítico desde la determinación social de la salud.
- Loor, Sobeida, Yerson Saa, Zoila Franco, y Rosa Cedeño. 2019. “Normativa laboral en

- grupos de atención prioritaria relacionados con con su desarrollo psicosocial.” *Polo del Conocimiento* 4 (6): 352:360.
- Lozano, Wilfredo. 2011. “Geopolítica de la reconstrucción de Haití y la cooperación insular en la Hispaniola”. *Ciencia y Sociedad XXXVI* (4): 561–89.
- L.P. 2022. Entrevista realizada en el marco del estudio: La securitización sanitaria y el neo higienismo como premisa en la respuesta frente a la pandemia por COVID-19. Un análisis crítico desde la determinación social de la salud.
- L.Z. 2022. Entrevista realizada en el marco del estudio: La securitización sanitaria y el neo higienismo como premisa en la respuesta frente a la pandemia por COVID-19. Un análisis crítico desde la determinación social de la salud.
- Medina-De la Garza, Carlos, y Martina Koschwitz. 2011. “Johann Peter Frank y la medicina social”. *Medicina Universitaria*, 163–68.
- Mesa técnica 1. 2020. “Protocolo de manejo de desechos generados ente evento coronavirus COVID-19”.
- Mesa técnica 4. 2020. “Protocolo para la articulacion 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”.
- Mesa técnica 6. 2020. “Guía y plan general para el retorno progresivo a las actividades laborales”.
- OEA. 2003. “Declaración sobre seguridad en las Américas”. OEA. [https://www.oas.org/36ag/espanol/doc\\_referencia/DeclaracionMexico\\_Seguridad.pdf](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)”. Text. OEA - Organización de los Estados Americanos: Democracia para la paz, la seguridad y el desarrollo. 2010. [https://www.oas.org/es/news/ayuda\\_terremoto\\_haiti/update\\_oas\\_efforts\\_20100121.asp](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. <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”. ONU. <https://www.ohchr.org/es/documents/thematic-reports/a77239-older-persons-and-right-adequate-housing-note-secretary-general>.

- O.Q. 2022. Entrevista realizada en el marco del estudio: La securitización sanitaria y el neo higienismo como premisa en la respuesta frente a la pandemia por COVID-19. Un análisis crítico desde la determinación social de la salud.
- 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° 16 (diciembre): 191. <https://doi.org/10.20868/tf.2020.16.4409>.
- Palero, Juan Santiago, y Mariel Avila. 2020. “Covid-19. La vigencia del higienismo decimonónico en tiempos de cuarentena”. *Cuaderno Urbano* 29 (29): 9. <https://doi.org/10.30972/crn.29294620>.
- Quijano, Daniel. 2011. “Causas y consecuencias de los Grands Travaux de Haussmann en París”. *Clio. History and History teaching* 37. <http://clio.rediris.es/n37/articulos/quijano2011.pdf>.
- Restrepo, Gabriel Antonio Orozco. s. f. “El aporte de la Escuela de Copenhague a los estudios de seguridad”, 22.
- Ríos, Rubén Horacio. 2012. *Biopolítica para principiantes: biología + neoliberalismo = paradigma inmunitario*. Primera edición. Buenos Aires, Argentina: Era Naciente. S.A.
- S.A. 2022. Entrevista realizada en el marco del estudio: La securitización sanitaria y el neo higienismo como premisa en la respuesta frente a la pandemia por COVID-19. Un análisis crítico desde la determinación social de la salud.
- 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: 269–79.
- Solíz Torres, María Fernanda. 2016. *Salud colectiva y ecología política: la basura en Ecuador*. Primera edición. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar Ecuador.
- Soliz Torres, María Fernanda. 2021. “Neohigienismo o barbarie: el complejo biomédico-policia-militar y el COVID-19 (Ensayos)”. *Andina Andina*. No.3: 30–37.
- The white house. 1996. “A National Security Strategy of Engagement and Enlargement”.

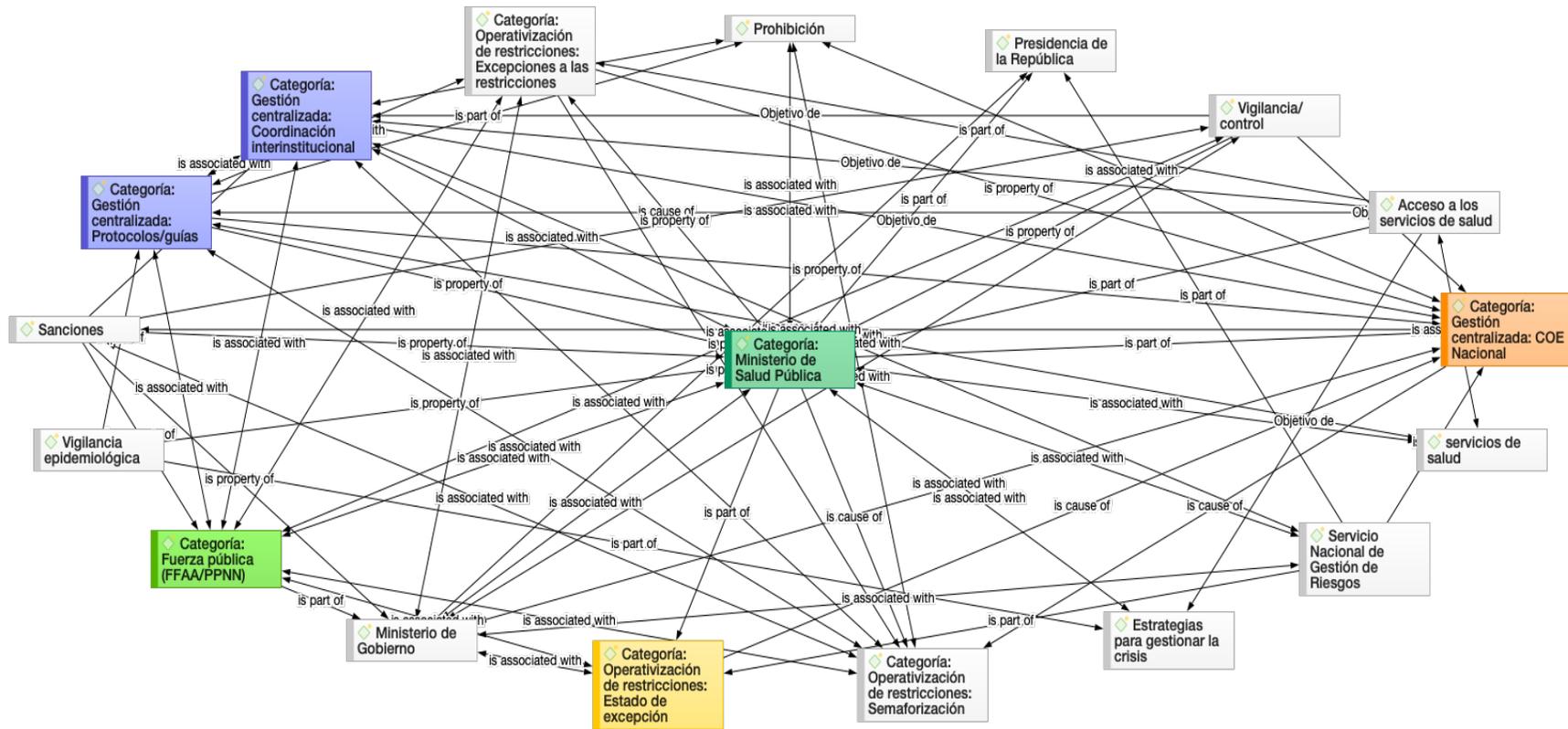
- A National Security Strategy of Engagement and Enlargement. febrero de 1996.  
<https://spp.fas.org/military/docops/national/1996stra.htm>.
- Thieux, Laurence. 2010. “EE.UU. y la militarización de la ayuda humanitaria en el caso del terremoto de Haití”. *IECAH* (blog). 19 de enero de 2010.  
<https://iecah.org/eeuu-y-la-militarizacion-de-la-ayuda-humanitaria-en-el-caso-del-terremoto-de-haiti/>.
- United States Southern Command. 2008. “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>.
- Waeber, Ole. 1995. “Securitization and Desecuritization”. En *On security*, 46–86.
- 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>.
- WHO. 2001. “Rethinking care from the perspective of disabled people. Conference report and recommendations”.





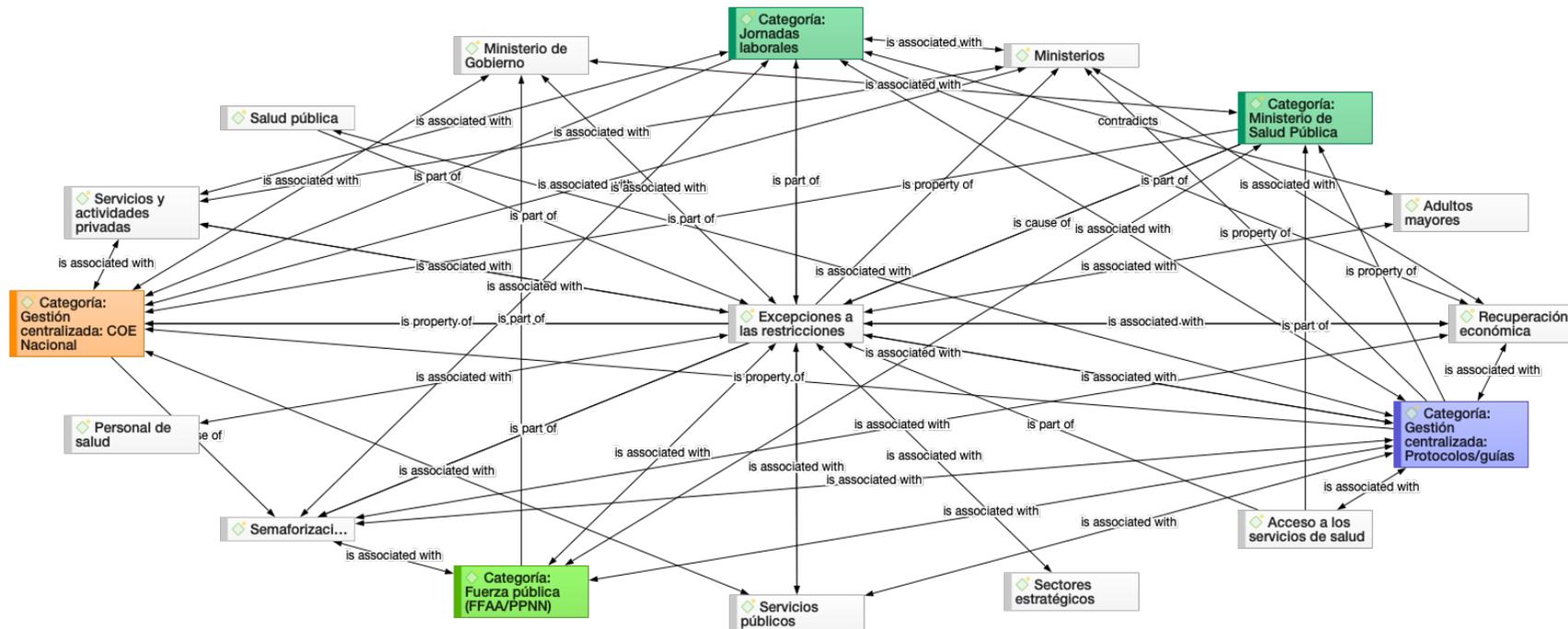


Anexo 4: Red de relaciones código Ministerio de Salud Pública



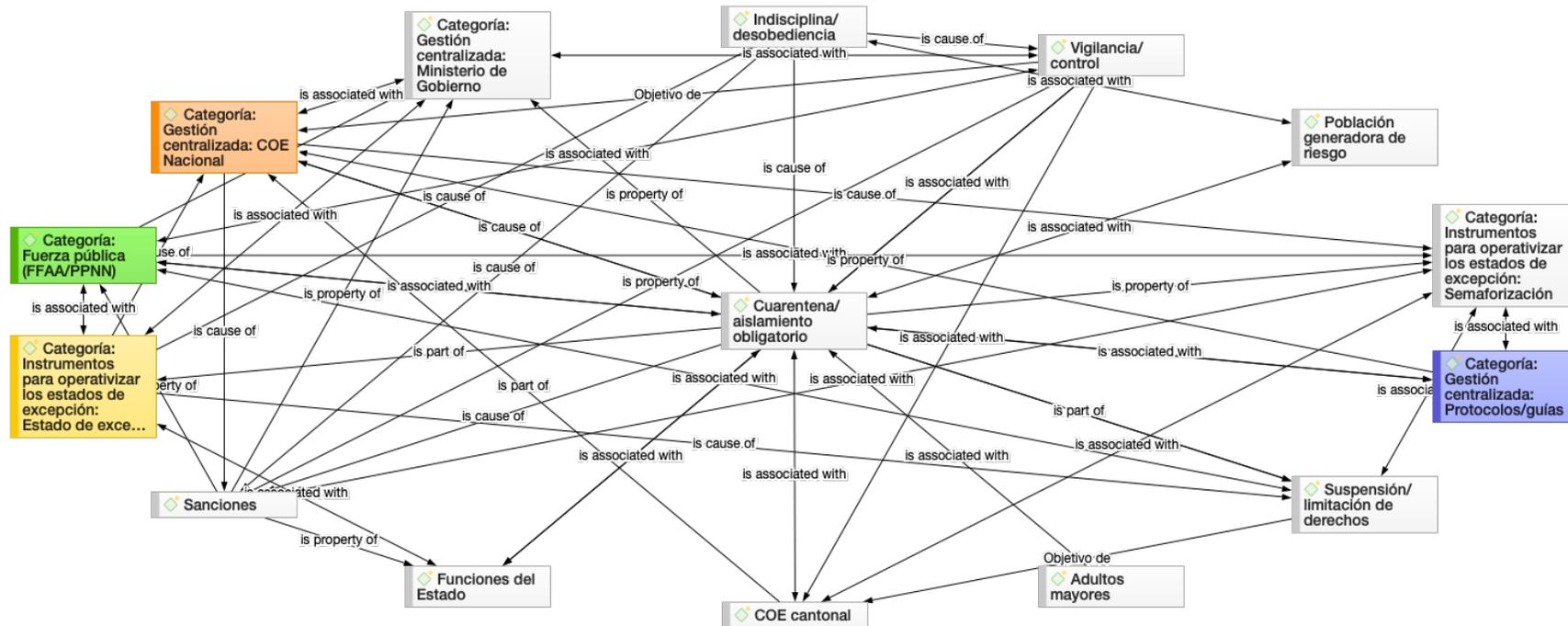


Anexo 6: Red de relaciones código Excepciones a las restricciones

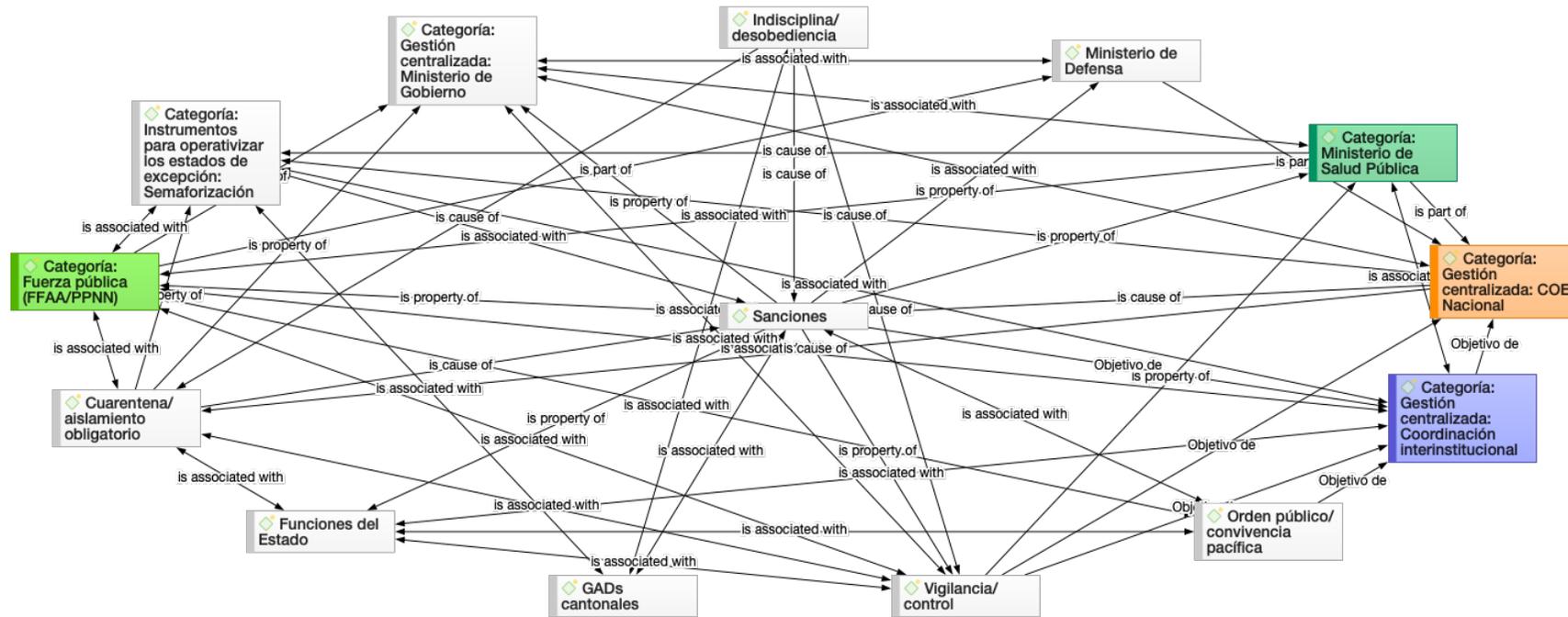




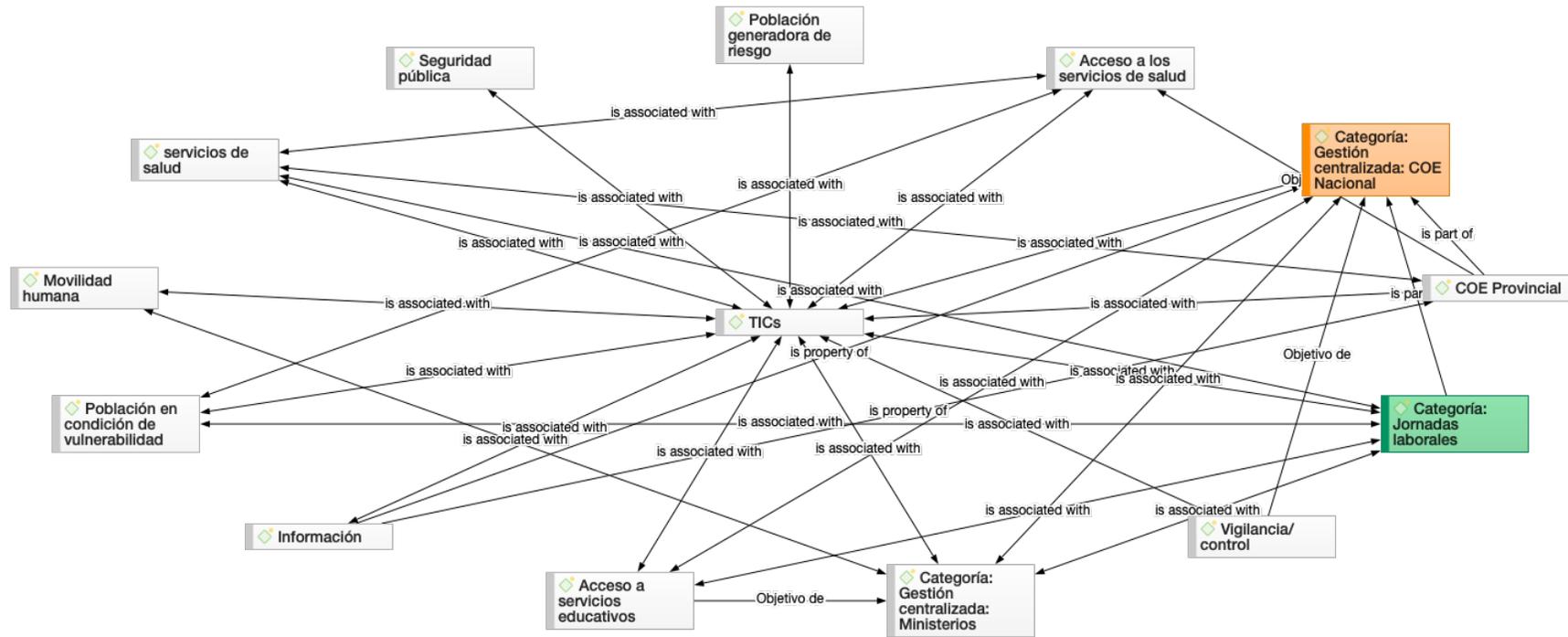
Anexo 8: Red de relaciones código Cuarentena/aislamiento obligatorio



Anexo 9: Red de relaciones código Sanciones

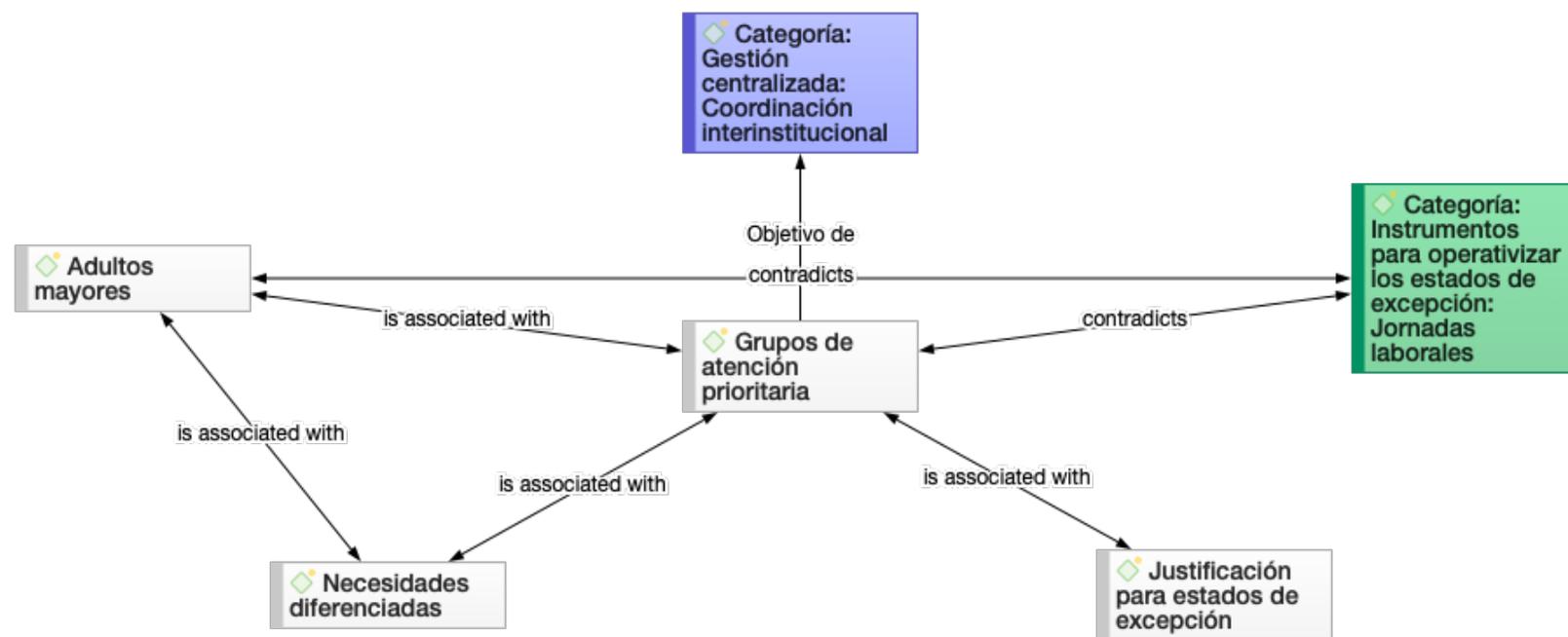


Anexo 10: Red de relaciones código TICs





## Anexo 12: Red de relaciones código Grupos de atención prioritaria



### Anexo 13: Documentos analizados

Número	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 10-12-2020
3	11.03.2021_AM-002_disponer_emergencia_SNS.pdf	Acuerdos Ministeriales	Disponer la emergencia en el SNS, por 90 días, desde el 11/03/2021
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 11-03-2020
5	13.09.2020_AM-057_dispone_emergencia_SNS.pdf	Acuerdos Ministeriales	Disponer la emergencia en el SNS. 90 días a partir del 13-09-2020
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 15-08-2020.
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 junio 20). Desde el 16 de junio.
8	22.06.2020_AM-09-2020_culmina_emergencia_sanitaria.pdf	Acuerdos Ministeriales	Culminación de la emergencia sanitaria declarada. 22-06-2020.
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

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-inmuniczacion-contral-el-COVID-19-Ecuador-2021.pdf	Otros	Población objetivo: personas de 18 años en adelante, no especifica adultos mayores, tampoco son los grupos de atención prioritaria como tal.
16	a_16_03_20Dec_No._1017.pdf.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	
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_prevenion 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	COE marzo 20	
59	1 de abril.docx	COE abril 20	
60	2 de abril.docx	COE abril 20	
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	
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	
127	11-de-septiembre-.pdf	COE septiembre 20	

128	18-de-septiembre-de-2020-rc-1.pdf	COE septiembre 20	
129	acuerdo_interministerial_no__00010_MSP_TURISMO_MDG.pdf	COE septiembre 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 noviembre 20	
135	20-de-noviembre-1.pdf	COE noviembre 20	
136	16-de-diciembre-22h26.pdf	COE diciembre 20	
137	21-de-diciembre-19h00.pdf	COE diciembre 20	
138	22-18h11.pdf	COE diciembre 20	
139	23-22h41.pdf	COE diciembre 20	
140	30-de-diciembre.pdf	COE diciembre 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 febrero 21	
148	09-de-febrero-v.1.pdf	COE febrero 21	
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
173	15.03.2020_PROTOCOLO DE DESINFECCION 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.
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-manipulacion-disposicion-final-cadaveres-antecedente-presuncion-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.
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 PPLs, basado en medidas de prevención y bioseguridad.
181	Abril 25 2020.PROTOCOLO PARA INGRESO DE RESIDENTES GALAPAGOS 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, negocios, viven y trabajan en las islas de forma permanente y temporal; se encuentren en buen estado de Salud y han cumplido APO (Aislamiento Preventivo Obligatorio).

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 por (COVID-19), facilitando el retorno paulatino a las actividades de una forma responsable, contribuyendo a la salud de la población y a dinamizar la economía del sector.
184	Junio 2020.lineamientos_gestion_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, considerando 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 por 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. Procedimientos específicos frente a salud mental.
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 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 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 DESINFECCION 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_DesinfeccionesTransportePublico.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.

194	Marzo 31 2020.PROTOCOLO DE CORREDORES LOGISTICOS ESTRATEGICOS.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 por COVID-19.
196	Abril 14 2020.PROTOCOLO DESINFECCION 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, para 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).Pro
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 del Ecuador, para dar respuesta coordinada y con pertinencia intercultural a la emergencia sanitaria por el COVID- 19.
199	Marzo 18 2020.Lineamiento para habitantes de calle.pdf	Mesa 4	Lineamientos para atención de personas habitantes de calle durante el periodo de emergencia sanitaria y estado de excepción.
200	Marzo 2020.Protocolo-de-comunicacion-y-atencion-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 proceso 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 detallando plan para el sector educativo.

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 IE 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 el año
207	Marzo 20 2020.Protocolo actuacion 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_publico.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.
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, permitiendo de esta manera evitar la transmisión, proliferación y contagio de COVID-19, a los trabajadores, empleadores, clientes, consumidores y ciudadanía en general.

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... precautelarse 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_turistico.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 ejecuta
216	Septiembre 2020.Lineamientos_para_el_ingreso_de_turistas_a_galápagos.pdf	Mesa 6	Procedimiento específico para ingreso de turistas a GPS
217	Julio 2020(ima)_Protocolo_gestion_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 estan fueran 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	
220	ACTUALIZACION-2.0-PROTOCOLO-CON-PERTINENCIA-INTERCULTURAL-PARA-LA-PREVENION-Y-ATENCION-DEL-COVID-19-EN-PUEBLOS-Y-NACIONALIDADES-INDIGENAS-AFROECUATORIANOS-Y-MONTUBIOS-DEL-ECUADOR-1.pdf	Mesa 4	

## **Anexo 14: Modelo de consentimiento informado**

### **Consentimiento informado**

Mi nombre es Santiago Tarapues y soy estudiante de la maestría en Epidemiología y Salud Colectiva de la Universidad Andina Simón Bolívar. Como parte de mi formación, estoy desarrollando una investigación titulada: “La securitización sanitaria y el neo higienismo como premisa en la respuesta frente a la pandemia por COVID-19. Un análisis crítico desde la determinación social de la salud”. Este estudio permitirá comprender de mejor manera los problemas que tuvieron que enfrentar las personas adultas mayores durante el año 2020 en medio de la crisis por la pandemia de COVID-19. El estudio no tiene ninguna finalidad comercial.

En este sentido, y si usted acepta participar, le solicito me permita entrevistarle. Esta entrevista tendrá una duración entre 40 a 60 minutos como máximo. Nos encontraremos durante el desarrollo de esta, únicamente los dos a menos que usted desee que participe una tercera persona de su confianza.

Su participación y colaboración en esta investigación es voluntaria y como tal, no posee ninguna compensación material o económica. Usted es libre de no contestar preguntas, terminar la entrevista o retirarse en el momento que así lo crea. Sus opiniones son exclusivamente para fines académicos y serán archivadas de manera confidencial y segura.

Si usted me autoriza grabaré y transcribiré la entrevista; si lo desea, puedo hacerle llegar una copia de esta. En la investigación ni en el informe final se publicará sus datos personales como nombre u otro dato que aparezca en el marco de nuestra conversación.

El informe final reposará en la biblioteca digital de la Universidad Andina Simón Bolívar en el enlace: <https://www.uasb.edu.ec/biblioteca/>; una vez que haya concluido el proceso de titulación. Si desea puedo hacerle llegar una copia digital o impresa. Si es de su interés, puede convocarme posteriormente para conversar acerca de los resultados u otra información que usted necesite respecto a este.

Si está de acuerdo en participar en este proyecto, por favor escriba SI o NO con su puño y letra en cada una de las casillas y escriba su nombre y datos de contacto

Acepto participar de manera libre y voluntaria en este proyecto y entiendo que no recibiré recompensa material o económica y que puedo retirarme cuando lo desee.

Autorizo a que grabe la entrevista y tome apuntes durante la misma

Solicito que me haga llegar copia de la transcripción de mi entrevista

Solicito que no revele mi nombre y si mis opiniones son citadas solicito que se haga de manera anónima

Solicito que me haga llegar copia del trabajo o de las publicaciones que se deriven de esta investigación

Nombre:

Fecha:

Correo electrónico:

Teléfono:

**Anexo 15: Guion entrevista****Estructura entrevistas**

1. ¿Cómo se enteró de la enfermedad? ¿Qué escuchaba de esa enfermedad?
2. ¿Cómo se sintió/ qué sintió cuando supo que esta enfermedad estaba en el país?
3. ¿Qué pensaba/sentía en los primeros meses? entre marzo y mayo. ¿Qué pensaba/sentía en los siguientes meses?
4. ¿Qué entendía por “estado de excepción”? ¿Cómo le hacía sentir esto? ¿Alguien le explicó de que se trataba?
5. ¿Qué sentía cuando veía a los militares y/o policías en las calles? ¿Cree que la utilización de fuerza pública fue necesaria?
6. De acuerdo con la información oficial emitida acerca del mecanismo de contagio de la enfermedad ¿Cómo cree usted que se contagia la enfermedad? ¿Quiénes contagian/contagiaban la enfermedad? ¿Cree que algún grupo poblacional específico podía contagiar más? ¿Cómo le hacía sentir esto?
7. ¿Qué sentía cuando se tuvo que quedar en casa? ¿Le comunicaron o explicaron, qué hacer como persona adulta mayor, para acceder a sus necesidades, por ejemplo, medicamentos y comida?
8. ¿Conoce que su condición de persona adulta mayor le da derecho a una atención prioritaria en casos de desastres o crisis como las vividas durante aquellos meses del 2020?
9. Desde su punto de vista ¿A que personas o grupo de personas se priorizó para la atención en aquellos meses del 2020?
10. ¿Qué opciones se le presentó o facilitó para la subsistencia o para el mantenimiento de sus relaciones sociales?

