



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA



Observatori de  
Bioètica i Dret  
Universitat de Barcelona



## Revista de Bioética y Derecho

www.bioeticayderecho.ub.edu – ISSN 1886 –5887

### ARTÍCULO

**Salud pública en Ecuador: vacunación obligatoria contra la COVID-19 y certificado de vacunación**

**Salut pública a l'Ecuador: vacunació obligatòria contra la COVID-19 i certificat de vacunació**

**Public health in Ecuador: Mandatory vaccination against COVID-19 and vaccine certificate**

**Claudia Patricia Orellana Robalino<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Claudia Patricia Orellana Robalino. Abogada de los tribunales de la República del Ecuador. Diplomada en Bioética por el Sherwin B. Nuland Institute in Bioethics, Yale University. Email: clau1.618orellana@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3922-9139>.



## Resumen

La vacuna obligatoria de la COVID-19 y la exigencia del certificado en Ecuador constituyen políticas que dependen de la gobernabilidad y gobernanza del poder central, que arrastra crisis políticas, socioeconómicas, jurídicas, ambientales, de salud y salubridad, de gestiones anteriores y propias. Políticas enmarcadas en un modelo paternalista de salud, que es justificado en el caso de la vacuna obligatoria, por el riesgo y daño del SARS-Cov2, que forzó la autonomía al orden social, y que han generado debate. Existe un 7.8% de la población disidente a la vacuna por razones epistémicas de falta de conocimiento de su funcionamiento, y ético-políticas basadas en la libertad individual, pensamiento, y el alcance de poder del Estado. Las estadísticas demuestran que la mayoría de las personas vacilantes a la inmunización son sujetos colectivos históricamente discriminados como los indígenas Afroecuatorianos y Montubios, que muchos pertenecen a la clase social baja, y habitan en la periferia, que previamente a la pandemia, carecía de infraestructura en salud. Demostrando como las determinantes de la salud influyen, y se conjugan en un complejo biosocial diverso, creando vulnerabilidades y privilegios. La pandemia expone las desigualdades y los problemas del modelo del Sistema Nacional de Salud. Por lo tanto, a través del método dialéctico, el artículo analiza las posiciones opuestas a la inmunización imperativa, y propone una tercera basada en un modelo sindémico de salud, que considera al complejo biosocial, cuyo mínimo normativo son los derechos humanos, libertad, dignidad y principios bioéticos, principalmente de vulnerabilidad, interdependencia, diversidad cultural, pluralismo y justicia social.

**Palabras clave:** vacunación obligatoria; certificado vacuna COVID-19; principios bioéticos; modelo sindémico; complejo biosocial; determinantes de salud.

## Resum

La vacuna obligatòria de la COVID-19 i l'exigència del certificat a l'Ecuador constitueixen polítiques que depenen de la governabilitat i governança del poder central, que arrossega crisis polítiques, socioeconòmiques, jurídiques, ambientals, de salut i salubritat, de gestions anteriors i pròpies. Polítiques emmarcades en un model paternalista de salut, que és justificat en el cas de la vacuna obligatòria, pel risc i mal del SARS-Cov2, que va forçar l'autonomia a l'ordre social, i que han generat debat. Existeix un 7.8% de la població dissident a la vacuna per raons epistèmiques de falta de coneixement del seu funcionament, i ètic-polítiques basades en la llibertat individual, pensament, i l'abast de poder de l'Estat. Les estadístiques demostren que la majoria de les persones vacil·lants a la immunització són subjectes col·lectius històricament discriminats com els indígenes Afroequatorians i Montubios, que molts pertanyen a la classe social baixa, i habiten en la perifèria, que prèviament a la pandèmia, mancava d'infraestructura en salut. Demostrant com les determinants de la salut influeixen, i es conjuguen en un complex biosocial divers, creant vulnerabilitats i privilegis. La pandèmia exposa les desigualtats i els problemes del model del Sistema Nacional de Salut. Per tant, a través del mètode dialèctic, l'article analitza les posicions oposades a la immunització imperativa, i proposa una tercera basada en un model sindèmic de salut, que considera al complex biosocial, que el seu mínim normatiu són els drets humans, llibertat, dignitat i principis bioètics, principalment de vulnerabilitat, interdependència, diversitat cultural, pluralisme i justícia social.

**Paraules clau:** vacunació obligatòria; certificat vacuna COVID-19; principis bioètics; model sindèmic; complex biosocial; determinants de salut.

## Abstract

The compulsory COVID-19 vaccine and the requirement of the certificate in Ecuador constitute policies that depend on the governability and governance of the central power, which drags political, socioeconomic, legal, environmental, health, and sanitation crises from previous administrations and its own. Policies framed in a paternalistic health model, which is justified in the case of the mandatory vaccine, by the risk and damage of SARS-Cov2, which forced autonomy into the social order, and which have generated debate. There is a 7.8% of the population dissenting to the vaccine for epistemic reasons of lack of knowledge of its functioning, and ethical-political reasons such as individual freedom, religion, thought, and the scope of State's power. Statistics show that most of the people hesitant to immunization are historically discriminated collective subjects such as Afro-Ecuadorians, and Montubio indigenous people. Most of them belong to the lower social class, and live in the periphery, which prior to the pandemic, lacked health infrastructure. Demonstrating how the determinants of health influence and combine in a diverse biosocial complex, creating vulnerabilities and privileges. The pandemic exposes the inequalities and problems of the paternalistic model of the National Health System. Therefore, through the dialectic method, the article analyzes the positions opposed to imperative immunization, and proposes a third one based on a syndemic model of health, which considers the biosocial complex, whose normative minimum are human rights, freedom, dignity, and bioethical principles, mainly vulnerability, interdependence, cultural diversity, pluralism, and social justice.

**Keywords:** Compulsory vaccination; COVID-19 vaccine certificate; bioethical principles; syndemic model; biosocial complex; determinants of health.

## 1. Introducción

La crisis de gobernabilidad y gobernanza del Ecuador, que presenta inestabilidad socioeconómica, política, jurídica, ambiental, de salud y salubridad, cultura y educación es una constante desde su nacimiento como República en 1830. Esto se arrastra por varios siglos producto de la colonización y la permanencia en el poder de un sistema e ideología de segregación sea por cuestiones de raza, etnia, género, sexo, religión, y otras categorías. Ecuador ha tenido 20 constituciones políticas en el intento de repensar su historia, cultura, principios y derechos fundamentales. La última constitución de 2008 se presentó como una respuesta a los retos históricos de incluir a grupos vulnerados como comunidades indígenas, afros, montubios, mujeres, infancias, ancianos, e incluso la naturaleza; un neoconstitucionalismo andino que responda a las demandas de colectividades que han vivido excluidas y colonizadas (Ávila, 2011, 16). Aun así, la Constitución ecuatoriana ha sido utilizada como herramienta del biopoder que conduce al constitucionalismo del desastre “el cual encuentra su fundamento biopolítico en la negación de la política, los sujetos y sus derechos y basado en que las decisiones del poder político tienen una consecuencia directa en el ejercicio de los derechos ciudadanos” (Guerrero y Rodríguez, 2022, 1).

Desde el inicio de la pandemia hasta mayo del 2022 el poder ejecutivo del Ecuador ha emitido 14 Estados de excepción que activaron el Sistema Nacional Descentralizado de Gestión de Riesgos (SNDR), que opera a través de la Secretaria Nacional de Gestión de Riesgos (SNGR), cuenta como organismos de su sistema al Comité de Operaciones de emergencia nacional (COE), que en conjunto se encargan de emitir políticas, normas, planes y estrategias para mitigar los riesgos y reducir amenazas naturales y antrópicas (Reglamento Ley de Seguridad Pública y del Estado, Art. 18 y 24). Durante el Estado de excepción se restringieron los derechos constitucionales de asociación y reunión, libre circulación, tránsito, libertad de información (Constitución Ecuador, Art. 165).

El COE, encargado de emitir resoluciones para mitigar los riesgos de la pandemia, fue creado por Decreto Ejecutivo N°1017-2020. Algunas de sus medidas fueron: suspensión inmediata de vuelos turísticos nacionales e internacionales, prohibición de desembarco en puertos, cierre de fronteras y pasos terrestres, toques de queda, políticas públicas de aislamiento preventivo y cuarentena comunitaria obligatoria, suspensión de eventos masivos, cierre de gimnasios, cines, teatros, servicios religiosos y similares, obligación de cremar los cuerpos de personas que tuvieron COVID-19. Además, la suspensión de la educación y jornada presencial laboral y la implementación del teletrabajo en sectores no estratégicos, suspensión de términos en los procesos judiciales y procedimientos administrativos.

En marzo de 2020 los casos de COVID-19 en Guayaquil, provincia Guayas, se dispararon, las muertes incrementaron, los servicios funerarios colapsaron, y hubo miles de cadáveres sin sepultura en domicilios o abandonados en las calles (Zibell, 2020). Existiendo más contagios y muertes en comparación con otros países latinoamericanos por la falta de infraestructura, personal de salud para la atención de enfermos y de salubridad. Esto ocasionó una crisis sanitaria a nivel nacional, concentrada en las urbes más pobladas de Quito, Guayaquil, Cuenca, Ambato y Machala. Sumado a la inconformidad social por las medidas económicas adoptadas por el poder ejecutivo en 2019 para llegar a un acuerdo con Fondo Monetario Internacional (FMI), que incluían, en lo principal, reformas tributarias y laborales, que mermaban los derechos de los trabajadores, y llevaron al movimiento sindicalista e indígenas a un paro de doce días en 2019 (Pérez, 2020, 27). El descontento continuó con el nuevo gobierno elegido en 2021, por el incremento de la pobreza (42.9%) y pobreza extrema (22.7%) en las zonas rurales (INEC, 2022, 8). Así como de la canasta básica, desempleo, y de retomar los programas de reformas estructurales propuestos por el FMI, que resultó en manifestaciones de colectivos indígenas, afros, mujeres, sindicatos y organizaciones sociales que duraron 18 días en el mes de junio de 2022.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) fue declarado en urgencia por la pandemia y la corrupción denunciada, desde 2019, en contra de los directivos de los hospitales públicos. principalmente por delitos de peculado, asociación ilícita y colusión, y compras de insumos médicos con sobrepuestos durante la pandemia como mascarillas, guantes, fundas para cadáveres, etc. (Plan V, 2020). La provincia de Guayas fue declarada zona especial de seguridad, ya que es una de las provincias, incluso antes de la pandemia, con altos índices de pobreza, violencia y escasa infraestructura de salud pública como la falta de camas hospitalarias generales y de unidades de cuidados intensivos (UCI) disponibles (INEC, 2022, 29). Esto demuestra como las condicionantes de la salud pública se conjugan en las enormes deficiencias en términos de políticas y bienes públicos de servicios básicos, que los gobiernos anteriores y actual han descuidado, sobre todo en las zonas periféricas y de poblaciones excluidas socialmente como indígenas, afros, montubios, mujeres, otros (Córdova, 2022).

El poder central se valió de la crisis sanitaria, política, jurídica, y socioeconómica para, a través de Decretos Ejecutivos de Estado de Excepción, imponer medidas obligatorias de vacunación en contra del SARS-Cov2 y la presentación del carné de vacunación a las personas mayores de doce años, justificado por la obligación de fomentar el bien común sobre el interés individual (MSP, 2022). Medida que ocasionó debate jurídico y social, y evidenció cómo barreras culturales, educativas, y psicológicas influyen en aceptar o rechazar la vacunas contra la COVID-19 (Gómez y Páramo, 2021). En la actualidad, un (86.89%) de la población ecuatoriana se encuentra vacunada con el esquema completo (Johns Hopkins, 2023); es decir con dos dosis de

las vacunas Pfizer, AstraZeneca y Sinovac, y la única de Cansino (MSP, 2022). No ha existido una sanción penal, económica, o administrativa en contra de las personas que no se encuentran vacunadas, pero sí la imposibilidad de ingreso a lugares públicos y privados, en los cuales era obligatoria la exhibición del certificado o carné de vacunación, y la sanción administrativa para los establecimientos que no lo exigieran (MSP, 2021).

El artículo analiza por qué la obligatoriedad de la presentación del certificado de vacunas en el Ecuador es una muestra del biopoder del ejecutivo de turno, para implementar políticas públicas que influyen en el ejercicio de los derechos humanos y en el bienestar de la comunidad. Perpetuando la violencia estructural mediante la exclusión de las personas no vacunadas de la sociedad. El marco teórico del artículo es el biopoder comprendido como “hacer vivir y dejar morir” (Foucault, 1989) con un enfoque que considere los límites histórico-geográficos y el modelo difusionista de pensamiento de lo que se define como Occidente. Siendo necesario repensar las trayectorias biopolíticas, genealogías y horizontes, para brindar espacios a genealogías alternas que coexisten con la pluralidad de historias mundiales (Wood, 2014). Por lo que se considera el socialismo político de Amílcar Cabral que rechaza la segregación como forma de gobierno y políticas públicas, y busca redirigir el biopoder hacia la tierra y la vida humana (Cabral, 2016). Siendo compatible con la política que considera la vida como sujeto, y no un objeto, sino un fenómeno pluridimensional: social, psicológico, económico, jurídico, entre otros (Esposito, 2013).

Las posiciones de la biomedicina para preservar la vida biológica, y de la economía para salvaguardar los intereses económicos, han demostrado ser insuficientes para garantizar la dignidad individual y el bienestar social (Colombo, 2021). Siendo el marco normativo de derechos humanos (DD.HH.) para la bioética y el respeto a la dignidad desde la visión del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona (OBD), el modelo para reflexionar sobre la inclusión de las necesidades de grupos históricamente vulnerables, y la distribución de los beneficios de salud de manera más equitativa. Lo que implica, aceptar como mínimo universal los DD.HH., la dignidad, y los principios reconocidos en la Declaración de DD.HH. y Bioética de la UNESCO 2005, y demás instrumentos internacionales relacionados (Casado, 2009, 35). Además, las teorías de justicia social, como marco conceptual del artículo, que promueven la reducción de inequidades y el aumento de capacidades (Sen, 2009, Nussbaum, 2011). Implementar estas teorías en países de ingreso medio bajo, como el Ecuador, es un desafío por la corrupción, mal manejo de recursos, y el hecho de no subsanar hasta la actualidad las necesidades básicas de saneamiento ambiental, desnutrición, y enfermedades relacionadas con la pobreza (Estévez, 2023, 28). Siendo vital la comprensión de la equidad, y los retos normativos y operativos de aquella (Dukhanin et al, 2018, 12).

Se consideran los principios bioéticos de diversidad cultural, pluralismo y vulnerabilidad, porque si bien existen variadas formas de pensamiento, religión y culto, el reconocimiento de capas de vulnerabilidad actúa como puente entre comunidades diversas (Torres Díaz, 2017, 155). Es por esto, que la observación de la pluralidad cultural e ideológica no implica la imposibilidad de crear reglas transculturales y universales para problemas como la pandemia de COVID19. Por lo tanto, el principio de pluralismo es limitado “para evitar que puedan ampararse en dicho principio medidas o actuaciones que lesionen otros bienes y valores protegidos por otros principios de la Declaración de Bioética y DHHH de la UNESCO 2005” (Albertí, 2009, 534).

La pandemia nos ha recordado la interdependencia entre la comunidad local, nacional, regional, e internacional; y facilita la conceptualización del cuidado y la asistencia como trabajo principal de la comunidad (Doebrich et al, 2020, 399). Por lo tanto, un modelo sindémico enfocado en las complejidades biosociales es vital, porque considera que los factores socioeconómicos y ambientales interactúan entre sí empeorando las enfermedades (Singer et al, 2017, 943). Lo que reconoce las determinantes estructurales, intermedios y ejes de desigualdad de la salud pública y la gradiente social de la salud (Pérez, 2023, 9).

El método dialéctico de investigación permite analizar las fortalezas y debilidades de las visiones opuestas sobre la vacunación y la exigencia del certificado de vacuna de la COVID-19, y se propone una tercera intermedia en base al modelo sindémico de salud que reconoce la confluencia de las determinantes de la salud pública y la gradiente social de salud. La ética normativa y en específico la deontológica permite esclarecer qué principios y por qué de aquellos para justificar la vacunación obligatoria. Por lo que se destacan los principios bioéticos de vulnerabilidad, interdependencia, diversidad cultural, pluralismo y justicia social, ya que en conjunto con el modelo sindémico de salud, permiten la gobernabilidad social de salud que preserve los DD.HH., la dignidad, la justicia social, respete y fortalezca las relaciones deliberativas, solidarias y colaborativas. Se revisaron publicaciones científicas, artículos académicos, documentos del OBD, instrumentos de DD.HH., lineamientos de organismos internacionales y normativa interna relacionada a la salud pública y la pandemia. El método axiológico se utilizó para identificar qué DD.HH. son afectados con la vacunación y certificado de vacunas obligatorio, y cuáles principios bioéticos son indispensables para una propuesta colaborativa de vacunación, que sea promovida mediante la alfabetización y comunicación en salud.

## 2. Obligatoriedad de las vacunas para prevenir la COVID-19 y beneficios colectivos

Ecuador fue el primer país en Latinoamérica en decretar la obligatoriedad de la vacunación en diciembre del 2021, justificando aquella medida en la situación epidemiológica a nivel nacional por: el aumento de casos a partir de la semana epidemiológica (SE) 49, a 2900 casos promedio semanales, en el riesgo a nuevas variantes, en la disponibilidad y acceso a las vacunas y en la evidencia científica. Mientras que, desde el ámbito jurídico, la obligatoriedad de las vacunas se fundamentó en lo dispuesto en la Constitución y en la normativa referente a la salud; en lo primordial, en la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud, el deber de los ciudadanos en promover el bien común sobre el interés particular, y la protección de la salud pública sobre intereses económicos. (MSP, 2021, 6).

Otros lineamientos que se aprobaron por el COE fueron: la exigencia de la presentación del carné de vacunación a los funcionarios públicos que trabajan de manera presencial, para el ingreso a lugares de atención al público a personas mayores de 12 años, para el acceso al transporte público intra e interprovincial y turístico; y lugares de actividades no esenciales como restaurantes, cines, teatros, gimnasios, mercados, discotecas, bares, entre otros (COE, 2021). Los locales comerciales y las operadoras de transporte que no cumplan con la exigencia del carné de vacunación tendrán una sanción administrativa y no podrán operar (COE, 2021). Durante el mes diciembre e inicios de enero la realidad epidemiológica nacional no fue tan favorable, ya que se registró un aumento: en la segunda SE del 2022 se registraron 47714 casos confirmados, en la tercera 43805, y la cuarta SE disminuyó a 6985 (MSP, 2022, 3). Hay que mencionar que no se suspendieron los feriados de fiestas decembrinas y de Año Nuevo, lo que ocasionó mayor movilidad interna y aumento de casos. Lo que expone las medidas improvisadas, incoherentes e impresentables del COE, cuya razón es la recuperación económica, pero con más aumentos de contagios, más restrictivas son las medidas.

La vacunación obligatoria con el esquema completo permitió alcanzar al (86.89%) de la población de 3 años y más, las provincias con mayor tasa de vacunación (más del 85%), son Pichincha, Carchi, Imbabura, mientras que Morona Santiago, Los Ríos, Guayas están por debajo del (80%) de índice de vacunación (MSP, 2022). A partir de la quinta SE del 2022, se dió una disminución progresiva en los casos: en la décimo quinta SE se registraron 1140 casos confirmados a nivel nacional, y se redujo el número de fallecidos a 2 (MSP, 2022). Demostrando que la política de vacunación obligatoria ha sido efectiva, y que el acceso, y disponibilidad de vacunas ha sido clave. Hasta abril 2022 se han inoculado 39,521,147 de dosis (Johns Hopkins, 2023), de las cuales la mayor cantidad son de Sinovac, seguida de Pfizer, AstraZeneca y Cansino

(MSP, 2022). La tasa de aceptación de la vacuna en Ecuador es del (90%), siendo la más alta del mundo (Sallam, 2021, 6); y se debe a la situación que se vivió en Guayaquil, en abril del 2020, donde se registraron altos índices de mortalidad diaria por COVID-19 (Sarasty et al, 2020).

La obligatoriedad de la vacunación contra la COVID-19 es una política pública de salud que tiene como objetivo proteger la salud, un derecho humano plenamente exigible al Estado. No subordinado al ejercicio de los derechos civiles ni políticos, y de igual jerarquía que aquellos, siendo obligación positiva del Estado garantizarlo. Los servicios de salud deben ser disponibles, accesibles, adaptados y de calidad, que garantice la dignidad y el ejercicio de los DD.HH. (Orellana, 2017, 160). Si bien la salud pública es un bien jurídico colectivo, que requiere la interacción de actores sociopolíticos que fomenten acciones colectivas, aquellas no deben centrarse, únicamente, en la visión económica de la salud (Caballero y Mojica, 2021, 9).

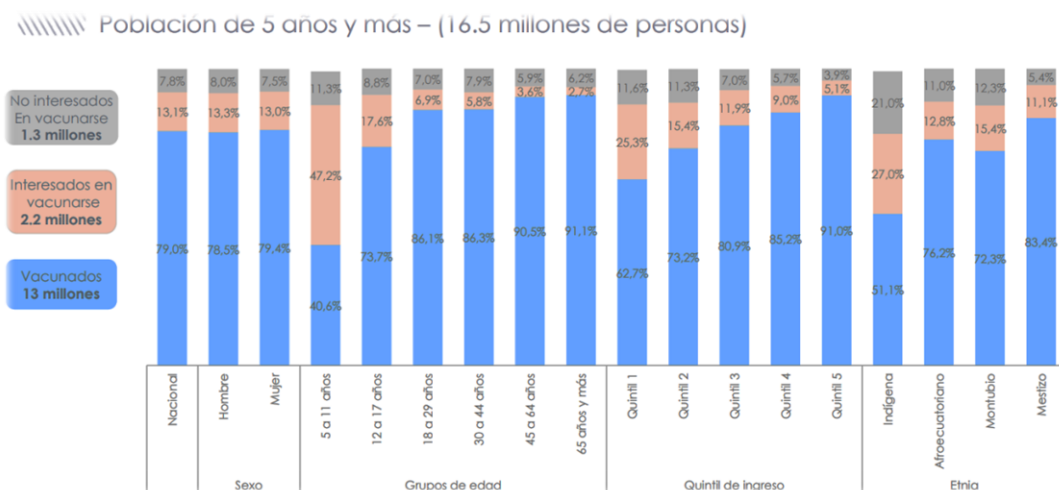
La visión de la salud pública como bien jurídico supraindividual, y con la realidad de la pandemia global impulsó la inmunización colectiva a través de la vacunación con el objetivo de evitar la propagación y proteger de la enfermedad a los grupos vulnerables, y no exponiendo a las personas al virus, porque ocasiona infecciones, sufrimiento, muertes innecesarias y es contrario a la ética (OMS, 2020). El poder ejecutivo adoptó estos lineamientos de la OMS, y dada la situación epidemiológica nacional de aumento de casos, justificó la política de salud de vacunación imperativa en el bien común, que enfatiza el principio bioético de beneficencia, y la utilidad se entiende como la proporcionalidad de costo-beneficio, que reduce los posibles daños (Beauchamp y Childress, 2019, 217).

La inmunización obligatoria se encuadra con el modelo paternalista, en el que el Estado intenta moldear a la libertad personal en tipos específicos de actividades que sean compatibles con el orden social predominante (Hannah, Hutta y Schemann, 2020, 12). Estas medidas de intervención del Estado limitan el principio bioético de autonomía al modelo de orden público colectivista, en el que prevalecen las necesidades sociales y el bien común sobre los intereses particulares (Orellana, 2018, 63). Por lo que, las medidas paternalistas de vacunación obligatoria se justifican en base al principio de beneficio colectivo y de evitar el daño a terceros de Stuart Mill, siendo la vacunación obligatoria una medida excepcional en los casos de alto riesgo de contagio, que debe cumplir con los requisitos de consistencia de la decisión ética que son legalidad, publicidad, tiempo limitado, de acceso universal, y viable (García López, 2023).

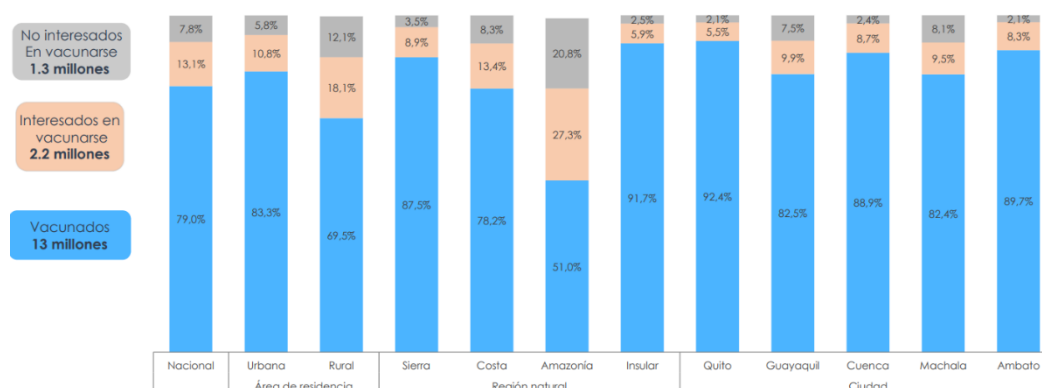


### 3. Vacilación a la vacuna, ignorancia de su funcionamiento y libertad personal

Hasta diciembre de 2021, antes de la política de salud de las vacunas obligatorias, un total de (29,9%) de la población no se encontraba vacunada; el (13,1%) estaba interesada en vacunarse, mientras que el (7,8%) no lo estaba (INEC, 2021, 3). La existencia de brechas de cobertura de vacunación por perfil sociodemográfico y territorial indican que la mayoría de la población que no tiene intención de vacunarse pertenece a la etnia indígena, montubia y afroecuatoriana, y se encuentra en el quintil 1 de ingresos o pobreza extrema, en áreas rurales, y en la regiones naturales de la Amazonia y costa, de conformidad con los datos de las figuras 1 y 2. Lo que evidencia las determinantes estructurales de salud, contexto socioeconómico y político, ejes de desigualdad (clase social, género, etnia, territorio) y determinantes intermedias (situación de empleo y vivienda, falta de apoyo social, no acceso a salubridad, entre otros) que influyen en la capacidad de acceso a servicios de salud, comprensión y educación sobre la salud en general. Entonces existe una gradiente social en salud en la cual a menor clase socioeconómica, peor salud se tiene. (Arosteguy, 2012, 83) Aquellas experiencias están basadas en estructuras de privilegio y opresión cuyas raíces ahondan en siglos de colonialismo, racismo estructural y patriarcado (Oxford, 2021,34).



**Figura 1:** Brechas de cobertura de vacunación contra COVID-19 por perfil sociodemográfico. Fuente INEC, 2021.



**Figura 2:** Brecha de cobertura de vacunación contra COVID-19 por perfil territorial. Fuente INEC, 2021.

Las razones principales para no vacunarse, de 1.3 millones de personas, son porque tienen efectos secundarios, por considerarlas inefectivas y porque no están a favor por ideología (INEC, 2021). Las dos primeras se pueden clasificar en resistencias epistémicas, por falta de conocimiento sobre el funcionamiento de las vacunas, mientras que los argumentos en contra de las vacunas por cuestiones religiosas, de libertad individual y alcance del Estado y su poder político serían argumentos de carácter ético-políticos relacionados con factores socioeconómicos, culturales y políticos (Orrantía, 2022, 44).

Las comunidades originarias latinoamericanas han tenido una relación compleja con el régimen de poder colonial y postcolonial, que se demuestra con los siglos de disidencia y lucha por visibilizar su propia ideología y cultura. Para aquellos sujetos colectivos, el territorio está directamente relacionado con su identidad, y tener espacios físicos propios con soberanía y autonomía es vital para reconstruir su cultura e historia. El convenio No.169 sobre pueblos indígenas y tribales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), enfatiza la autonomía de gobierno, por lo que algunos países latinoamericanos, les han reconocido su propia soberanía (Rieger, 2021, 40). El Ecuador en la Constitución del 2008 reconoció la autonomía de las poblaciones originarias tanto en su cultura, organización social, aplicación de su propio Derecho consuetudinario, y de participación en políticas públicas que afecten sus derechos colectivos (CRE, 2008, Art.57). Las comunidades indígenas deciden, generalmente, de manera colectiva, y tienen diferentes experiencias y mitos con las vacunas asociados a barreras de información, de movilización para el acceso, y culturales en cuanto a su aceptación (Rieger, 2021, 44).

El principal argumento ético-político de las personas reticentes a la inmunidad obligatoria contra la COVID-19 es que se limita el derecho a la libertad individual, y colectiva de comunidades indígenas, afros y montubias, de elegir no vacunarse, que sea alineada con la filosofía política extrema libertaria. Así mismo, exigir el certificado de vacunación para el acceso a actividades

públicas no esenciales, para el transporte aéreo, público interno, interprovincial y turístico, se restringen DD.HH. como la libertad de pensamiento, movilidad, derecho al trabajo y la libre empresa (Dueñas et al, 2021,3). En consecuencia, se crean ciudadanos de segunda categoría que al no acceder voluntariamente a la vacuna y no obtener el certificado de vacunación, no disfrutaban plenamente de sus derechos (Lacsa, 2021, 704).

El poder ejecutivo, al emitir políticas públicas obligatorias de exhibición del carnet de vacunación contra el SARS-Cov2 a toda persona mayor de 12 años para realizar actividades cotidianas como ir a mercados y escuelas públicas, e incluso el uso del transporte público, crea otra capa de vulnerabilidad, entre vacunados y no inmunizados; ya que estos certificados pueden incrementar las inequidades injustas en salud, cuando las opciones para vacunarse son diferentes entre ricos y pobres (Lecuona y López, 2021, 3).

Las medidas desproporcionales de exhibición del certificado de vacunas por parte de personas mayores de 12 años para ingresar a lugares públicos y privados, incluso del transporte público, evidencian como la biopolítica se vale de la vulnerabilidad diferenciada, que en lugar de eliminar las inequidades socioeconómicas y de raza, revela una estructura social que multiplica la vulnerabilidad como forma de gobernar a las personas (Lorenzini, 2021, 43). Demuestra las asimetrías de acceso a salud, vacunación y políticas de seguridad enmarcadas en la separación social, por lo que hay un vínculo entre el Estado y sus medidas, con la epidemiología social de la pandemia, donde se conjugan raza, virus y violencia (Guerrero y Rodríguez, 2022, 199).

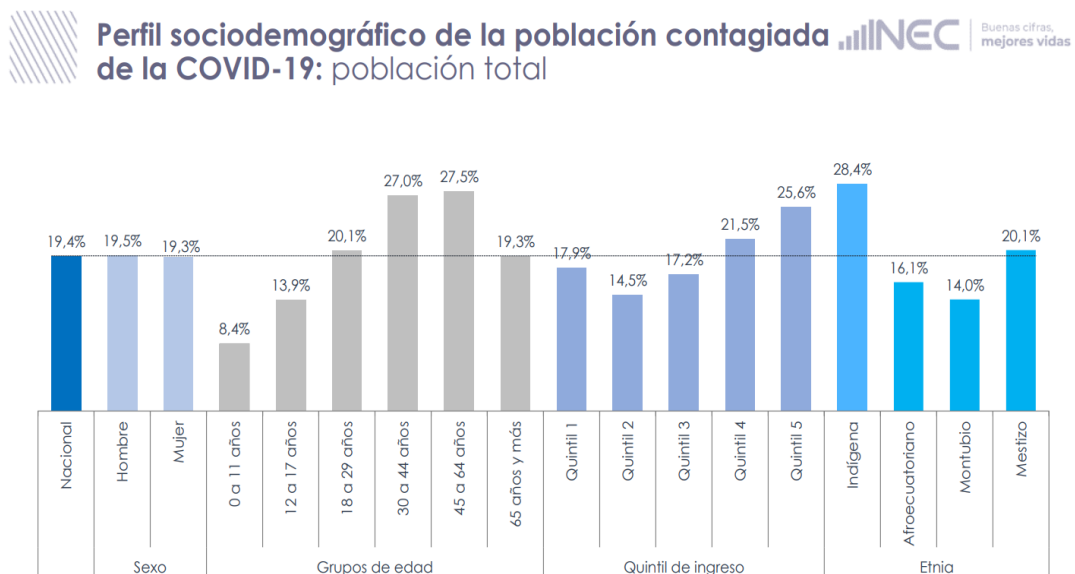
El principio bioético de autonomía implica una obligación negativa de no intervención en las decisiones personales sobre la salud, y la obligación positiva de informar y alentar la comprensión para que exista una adecuada reflexión (Beauchamp y Childress, 2019, 105). El modelo bioético del siglo XX promovió la autonomía personal, que retrata a las personas como autosuficientes y soberanas de sus propias decisiones (Evans, 2017, 2). Que se alinea con el orden público racionalista que fomenta la no intervención del Estado en respeto al derecho a la libertad individual y vida privada. Este principio se ve afectado por la política de salud de vacunación imperativa y la exigencia del certificado de vacunas, ya que interfiere en el proceso deliberativo personal. En esta postura de objeción liberal extrema, los sujetos deben estar libres del paternalismo para ejercer su autodeterminación, por lo que se deben garantizar los DD.HH. de los ciudadanos, sin mermar las libertades individuales. Sin embargo, esta postura liberal extrema tiene críticas desde la filosofía liberal no extrema que reconoce la obligación positiva del Estado de garantizar bienes colectivos como la salud y sanidad; y desde el liberalismo basado en el principio de daño de Stuart Mill, que faculta al Estado a limitar la libertad individual para evitar un daño y riesgo a terceros (García López, 2023, 30). La salud pública se enfoca en el beneficio

colectivo, por lo que la vacunación obligatoria está justificada en caso de enfermedades infecciosas como la COVID-19.

No obstante, la exhibición del certificado de vacuna para ingresar a lugares públicos, escuelas y transporte, y la sanción social a quien los incumpla, no consideró el plano de la realidad social, y fundamentó su actuar en el miedo a la enfermedad, y a las personas no vacunadas (Guerrero y Rodríguez, 2022, 206). Demostrando que la comunicación entre Estado y habitantes se enmarca en una relación desigual de poder, y que las medidas desproporcionales ocasionaron las manifestaciones sociales en plena pandemia. Esto aumenta la desconfianza de la población vacilante a vacunarse para prevenir la COVID-19 y su actitud frente a futuras campañas de vacunación, exponiendo la necesidad de una evaluación sistemática de las condicionantes de salud y los factores que afectan a la aceptación de la vacuna, para desarrollar estrategias de comunicación más eficaces y eficientes (McAteer et al, 2020, 704).

#### 4. Modelo sindémico: justicia social, alfabetización en salud y vacunación voluntaria

Al finalizar el 2021, el (19.4%) de habitantes en Ecuador se contagió de COVID-19, el (4.1%) ingresaron al hospital, y el (95.9%), no (INEC, 2021). Al analizar la figura 3 se infiere que la mayoría de los contagiados pertenecen a la etnia indígena (28.4%) seguido de mestizos (20.1%), en un rango de edad de edad de 30-64 años, que representan ( $\Sigma$ 54%) de enfermos.



**Figura 3:** Perfil sociodemográfico de la población contagiada de la COVID-19. INEC, 2021.

Al comparar los perfiles sociodemográficos de las personas contagiadas (fig.3) con las vacunadas (fig.1) se evidencia que el (83.4%) de mestizos están vacunados, con menos índice de contagio (20.1 %) y menor vacilación a la vacuna (5.4%). Mientras que los indígenas tienen mayor número de personas enfermas de COVID-19 (28.4%) y con un (48%) de no vacunados, de los cuales el (21%) de la población no está interesada en vacunarse, seguido de los afroecuatorianos y montubios que tienen menor porcentaje de contagios y de resistencia a la vacunación que los grupos indígenas. El perfil de ingresos de los contagiados ver las estadísticas (fig.3) demuestran que la clase media-baja, pobre y en pobreza extrema constituidos por los Q1-Q3, fue afectada con un total de (49.6%) y al cotejar por quintiles renuentes a la vacunación (fig.1) se observa que ( $\Sigma$ 29.9 %) pertenecen al mencionado segmento. Lo que evidencia la gradiente social en salud, la correlación entre la salud y situación socioeconómica, y las desigualdades en salud según la raza, etnia, género, lugar de residencia, nivel de ingresos, nivel de educación, condición laboral, que inciden sobre la salud y restringen la capacidad de acción y participación social (Arosteguy, 2012, 84).

Las personas indígenas, montubias y afrodescendientes en Ecuador han sido discriminadas y vulneradas a lo largo de la historia, afectándose el ejercicio de sus DD.HH. como la libertad individual, culto, religión, pensamiento, derecho a la salud, a la educación, proyecto de vida, entre otros. Esta vulnerabilidad histórica por raza y etnia se acentúa por las determinantes de salud estructurales, intermedias y los ejes de desigualdad. Al analizar las estadísticas de las figuras 1 y 3, se observa que aquellas poblaciones han sido las más afectadas en contagios y en ellas hay mayor oposición a la vacunación. Estos grupos han buscado su reconocimiento, inclusión y reparación, y en la Constitución del 2008 se les admitió, por primera vez, como sujetos políticos colectivos que se alejan de los modelos occidentales de concebir y ordenar la vida (CNIPN, 2019, 33). Entonces, Ecuador es diverso y multiétnico y se fundamenta en principios de pluralismo, justicia social, interculturalidad y solidaridad (CRE, art.1). Este modelo de neoconstitucionalismo andino es transformador porque incluye a poblaciones históricamente discriminadas, y descoloniza la teoría jurídica, reconociendo un Estado plurinacional e intercultural (Ávila, 2011, 78).

El SNS está obligado a regirse por principios constitucionales, que incluyen a los principios bioéticos (CRE, art.32 y 358) que no son enumerados taxativamente en la Constitución ni demás leyes, lo que nos remite al Derecho Internacional, que es reconocido como fuente del derecho en la Constitución del Ecuador (CRE, Art. 424) como parte de lo que se conoce como la doctrina del bloque de constitucionalidad. En consecuencia, las políticas públicas de salud como la de vacunación obligatoria, y certificado de vacunación deben reflejarlos. ¿Cuáles principios se deben

incluir? Se considera que los reconocidos en la Declaración de Bioética y DD.HH. de la UNESCO 2005, ratificada por el Ecuador, y entre los más importantes destaco los siguientes:

**Dignidad humana:** basada en la autonomía individual orientada a conseguir ideales sustantivos de excelencia humana, como el bienestar colectivo; y de uso normativo como el de las Declaraciones de DD.HH. y de los textos de bioética como un ideal sustantivo global de vida buena que permite la formulación de criterios para resolver dilemas bioéticos (García Manrique, 2009, 52). En el ámbito jurídico es un principio *strictu sensu*, cuya influencia es transversal en el ejercicio de los DD.HH. como la salud (Orellana, 2017, 160).

**Diversidad cultural y pluralismo** que reconoce a todas las culturas como valiosas, así como sus intereses y necesidades sobre avances biomédicos, cuyo límite son la dignidad, derechos y libertades humanas. Además, el respeto al pluralismo ideológico en sus variantes político, religioso, cultural, creencias, cosmovisiones, que implica el respeto a la autonomía salvo por razones de salud pública o semejantes donde prima el interés colectivo (Casabona, 2009, 344-349).

**Vulnerabilidad:** entendida como el respeto a la vulnerabilidad humana, individual y colectiva, e integridad personal en la práctica médica, tecnologías conexas y conocimiento científico (Art. 8 Declaración de Bioética y DD.HH. UNESCO, 2005). Que se complementa con el concepto relacional y dinámico, en la que concurren múltiples factores o capas que pueden ser eliminados, por lo que no es una situación permanente (Luna, 2009, 127).

**Solidaridad y cooperación:** interdependencia como comunidad humana, manifestando la necesidad de solidaridad y respeto en el desarrollo y seguimiento de directrices de salud pública, que incluya a los todos grupos (Blauwet et al, 2020, 1043). Así mismo, solidaridad en las investigaciones y patentes de los productos con los países menos desarrollados.

**Justicia social** como principio de distribución en equidad, que exige reflexionar la vulnerabilidad y sus dimensiones interseccionales para respaldar las políticas públicas relativas a las prioridades en la atención médica y la salud pública (Dukhanin et al. 2018).

Sin embargo, no basta con la incorporación de estos principios bioéticos reconocidos en la Declaración de Bioética y DD.HH. de la UNESCO, ni en políticas públicas de salud, es necesario que se socialicen en el SNS, habitantes, empresas públicas y privadas, organizaciones sociales y civiles, e instituciones públicas. Por lo tanto, la alfabetización en salud, entendida como la capacidad de procesar y comprender información en salud, es importante para mitigar contagios y efectos de futuras pandemias (Dib et al, 2021, 2).

La perspectiva sindémica de salud se centra en el complejo biosocial, que consiste en interacciones de cofactores sindémicos: sociales, económicos culturales, políticos, ambientales y

biológicos de las enfermedades, empeorándolas (Singer et al, 2017). Este enfoque permite visibilizar las necesidades en salud de grupos diversos, y complementar a la salud pública, haciendo énfasis, más allá del control epidémico, en el bienestar físico, mental y social (Orrantia, 2022, 29). Los cofactores sindémicos conjugados pueden constituir en barreras de acceso a servicios de salud, ya que son determinantes de la salud. Se debe considerar que el factor psicosocial contribuye en poblaciones vulnerables. Siendo importante crear metodologías como mapas conceptuales para comprender como las políticas públicas y programas en salud influyen dentro de contextos particulares, esto enfatiza la importancia de pensar en el lugar, tiempo y experiencia de los individuos y poblaciones (Mehendall y Singer, 2019, 4).

En el caso ecuatoriano, las comunidades indígenas, afros y montubias, han sido racializadas, discriminadas y vulneradas durante siglos. En consecuencia, siguiendo una metodología sindémica, hay que considerar los cofactores de etnia, raza, cultura, condición económica, nivel educativo, género, sexo, entre otros, de estos colectivos para verificar si las políticas públicas de salud cumplen requisitos de accesibilidad, adaptabilidad, calidad y disponibilidad. Las estadísticas señalan que las personas vacilantes a la vacuna, en Ecuador, se encuentran en zonas rurales, de la periferia, donde hay un problema de infraestructura y acceso a servicios de salud, y que pertenecen a quintiles de ingreso medio y bajo, lo que demuestra la gradiente social en salud pública.

## 5. Conclusiones

La política de vacunación obligatoria en Ecuador sigue el modelo paternalista de salud, en el que hay una relación desigual de poder. El poder Ejecutivo, de turno, ha forzado la autonomía individual hacia el orden social, a través de la emisión de Estados de excepción, que limitan los derechos y libertades fundamentales. Sin embargo, este modelo paternalista está justificado debido a los riesgos y daños de la enfermedad infecciosa de la COVID-19, argumentado en el principio de beneficio colectivo sobre el interés individual, ya que la salud pública es un bien jurídico supraindividual; y en el principio de daño de Stuart Mill, que limita la autonomía personal en caso de existir un riesgo o daño grave para terceros. Por lo que la visión liberal extrema antivacunas, es criticada desde la visión liberal positiva que obliga al Estado a prestar servicios de salud pública, incluyendo la vacunación contra la COVID-19.

Existe un (7.8%) de la población disidente a la vacunación, compuesta, en su mayoría, por grupos históricamente racializados, discriminados y vulnerados, como indígenas afroecuatorianos y montubios. Las estadísticas demuestran que la pandemia afectó gravemente a

la clase socioeconómica en situación de pobreza extrema, pobreza y clase media-baja, compuesta por los quintiles 1-3, que habita en zonas periféricas en las que se encuentran la mayor tasa de vacilación a la vacuna. Lo que evidencia las determinantes de la salud pública y la gradiente social de la salud, que influyen en nivel de comprensión de la necesidad de la vacuna y genera resistencia a la vacunación, sea por cuestiones epistémicas de desconocimiento de la vacuna y sus efectos, y cuestiones ideológicas y socioculturales.

Las razones cognoscitivas del funcionamiento de las vacunas y las ético-políticas como la libertad individual, de religión, pensamiento y culto, y el rol del Estado en la relación con los ciudadanos, invocadas por las personas vacilantes a la vacunación, demuestran cómo cofactores sindémicos socioeconómicos, culturales, demográficos, políticos y biológicos interactúan entre sí, creando un complejo biosocial. En este, interactúan las determinantes estructurales, intermedias, y ejes de desigualdad de la salud pública, en la que, a mayor nivel socioeconómico, mejor nivel educativo, ubicación geográfica en ciudades más grandes y con mejor infraestructura y recursos en salud; lo que se traduce como mayor nivel de aceptación de la vacuna obligatoria; mientras que las personas expuestas a más vulnerabilidades y que se encuentran en la periferia, poseen menor grado de salud y mayor reticencia a la vacunación.

La gradiente social en salud no es considerada por la política de salud de presentación del carné de vacunación a toda persona mayor de doce años para realizar actividades cotidianas como utilizar el transporte público, comprar alimentos, ingresar a centros educativos públicos, acceder a lugares de atención al público, entre otras. El principal efecto de no considerar la gradiente social en salud durante la pandemia es que afecta de manera desproporcional a las personas más vulnerables, ya que agrega otra capa de vulnerabilidad diferenciada entre vacunados y no vacunados. Al exigir el certificado de vacunación, causó que muchas personas no puedan desplazarse en transporte público para su trabajo, que incluso lo pierdan, la deserción escolar aumentó, lo que se traduce en el aumento de la pobreza y pobreza extrema en Ecuador. Esta política de salud se centra en conservar la vida biológica y los intereses económicos, ya que las medidas impuestas por el COE son incoherentes al verificarse que en los feriados nacionales se flexibilizaron los toques de queda y la circulación interna, justificándose en la reactivación de la economía. Lo que aumentó los casos y generó medidas más restrictivas de DD.HH. y libertades, amparadas en los Decretos ejecutivos de Estado de excepción.

La pandemia ha visibilizado, otra vez, el conflicto entre la autonomía individual y la salud pública, cuyos intereses pueden estar contrapuestos, como en el caso de la objeción extrema liberal de no vacunarse. Sin embargo, esta visión extrema que enfatiza la autonomía individual absoluta no es sostenible bajo un orden público colectivista, en el que prima el bien jurídico colectivo de la salud pública sobre la autonomía personal. Argumento que es justificado desde el



principio de beneficencia colectiva, y el principio de daño de Stuart Mill, que limitan la autonomía personal en caso de riesgo o grave daño a terceros a favor de la población.

Se propone que las futuras políticas de salud pública de manera amplia, y en específico en pandemias y vacunación, se basen en un modelo sindémico de salud que considere los determinantes de la salud y gradiente en salud. Cuya base normativa sea la aplicación de principios bioéticos como la dignidad humana, justicia social, vulnerabilidad, interdependencia, diversidad cultural y pluralismo. Para, de esta manera, visibilizar las necesidades de grupos diversos, y que enmarque las políticas públicas de salud hacia una gobernabilidad social garantista de los derechos, dignidad y libertad humana. Además de impulsar la alfabetización en salud con información culturalmente adecuada a toda la población, con el fin de generar conciencia colectiva de la importancia de las vacunas y sus beneficios colectivos.

## Referencias

- ◆ Ávila, R. (2011). *El neoconstitucionalismo transformador* (1ª Ed.). Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- ◆ Beauchamp, T. & Childress, J. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8ª Ed.). Oxford: Oxford University Press.
- ◆ Blauwet CA., Brashler R., Kirschner KL., Mukherjee D. (2020) Vulnerability, Interdependence, and Trust in the COVID-19 Pandemic. *PM & R: the Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*. Oct;12(10):1038-1044. DOI: 10.1002/pmrj.12480. PMID: 32888396.
- ◆ Caballero, H. Mojica, M. (2021). El derecho a la salud, el litigio y el aporte de la Corte Constitucional colombiana: una revisión sistemática de literatura. *Interface*, 28. 1-14. <https://doi.org/10.1590/interface.200331>.
- ◆ Cabral, A. (2022). *Resistance and Decolonization*. Maryland: Rowman & Littlefield International.
- ◆ \_\_\_\_\_ (2016). *Resistance and Decolonization (Reinventing Critical Theory)*. Rowman & Littlefield Publishers. Edición de Kindle.
- ◆ \_\_\_\_\_ (1974). *Análise de Alguns Tipos de Resistência*. Lisboa: Seara Nova.
- ◆ Convenio No. 169. Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- ◆ Colombo, E. (2021). Human Rights-inspired Governmentality: COVID-19 through a Human Dignity Perspective. *Critical Sociology*, 47(4-5), 571-581. <https://doi.org/10.1177/0896920520971846>.
- ◆ Córdova, L. (16 de agosto 2022). *Se está legitimando la presencia cada vez más fuerte de policías y militares como los gestores de la política*. <https://wambra.ec/luis-cordova-violencia-relacionada-grupos-narcodelictivos-guayaquil/>.
- ◆ \_\_\_\_\_ (2022). ¿Hay una guerra del narco contra el Estado? En línea. Disponible en <https://wambra.ec/luis-cordova-violencia-relacionada-grupos-narcodelictivos-guayaquil/> [Consulta 11 octubre 2022].
- ◆ Chauca, R. (2021). La COVID-19 en Ecuador: fragilidad política y precariedad de la salud pública. *Historia, ciencia, saude-manguinhos*. 28(2). 587-591. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021005000003>.

- ◆ Díaz, F. (2017). Vulnerabilidad. La profundidad de un principio de la bioética. *Perspectiva Teológica*. 49. 155. 10.20911/21768757v49n1p155/2017. DOI:10.20911/21768757v49n1p155/2017.
- ◆ Dib, F., Mayaud, P., Chauvin, P., & Launay, O. (2021). Online mis/disinformation and vaccine hesitancy in the era of COVID-19: Why we need an eHealth literacy revolution. *Human vaccines & immunotherapeutics*. 1-3. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1874218>.
- ◆ Doebrich, A, Quirici, M, and Lunsford, C. (2020). COVID-19 and the Need for Disability Conscious Medical Education, Training, and Practice. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach*. 13. 393 – 404. DOI: 10.3233/PRM-200763.
- ◆ Dueñas-Castell, C. Celis-Rodríguez, E. Cárdenas-Bolívar, Y. Aguilar-Schotborgh, M, Ortiz-Ruiz, G. (2021). COVID-19: Faustos y Mefistófeles. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2021.11.002>.
- ◆ Dukhanin, V., Searle, A., Zwerling, A., Dowdy, D.W., Taylor, H.A. y M.W. Merritt. (2018). Integrating social justice concerns into economic evaluation for healthcare and public health: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 27-35. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.12.012.
- ◆ Ecuador. Comité de Operaciones de Emergencia Nacional. (2021) Resoluciones 30 de noviembre. Disponible en <https://www.pudeleco.com/clegal/varios/2021/coe096.pdf> [Consulta 4 abril 2022].
- ◆ \_\_\_\_\_ (2021) Resoluciones 21 de diciembre. Disponible en <https://www.pudeleco.com/clegal/varios/2021/coe099.pdf> [Consulta 4 abril 2022].
- ◆ \_\_\_\_\_ (2022) Resoluciones 3 de enero <https://www.pudeleco.com/clegal/varios/2022/coe101.pdf> [Consulta 4 abril 2022].
- ◆ Ecuador. Consejo Nacional para la igualdad de pueblos y nacionalidades. 2019. Agenda para la igualdad de derechos de nacionalidades y pueblos indígenas, afroecuatorianos y montubios. Disponible en <http://www.pueblosynacionalidades.gob.ec/wp-content/uploads/2020/02/Agenda-Nacional-para-la-Igualdad-de-Pueblos-y-Nacionalidades.pdf> [Consulta 10 abril 2022].
- ◆ Ecuador. Constitución de la República. (2008) Registro Oficial 449 de 20-X-2008 y Registro Oficial 490, Suplemento, de 13-VII-2011.
- ◆ Ecuador. Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019). Encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo (ENEMDU). Indicadores de pobreza y desigualdad, p.1-28, 2019a. Disponible en: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2019/Diciembre-2019/201912\\_PobrezayDesigualdad.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2019/Diciembre-2019/201912_PobrezayDesigualdad.pdf) [Consulta 28 marzo 2022].
- ◆ \_\_\_\_\_ (2021). Características de la población contagiada y no vacunada contra la COVID-19. Disponible en [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Vacunacion\\_COVID-19/2021\\_IV\\_Trimestre\\_vacunaci%C3%B3n.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Vacunacion_COVID-19/2021_IV_Trimestre_vacunaci%C3%B3n.pdf).
- ◆ \_\_\_\_\_ (2022). Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios. Disponible en [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Camas\\_Egresos\\_Hospitalarios/Cam\\_Egre\\_Hos\\_2021/Presentacion\\_ECE\\_H\\_2021.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2021/Presentacion_ECE_H_2021.pdf).
- ◆ Ecuador. Ministerio de Salud Pública. (2022). Situación epidemiológica nacional COVID-19 Ecuador. Disponible en [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/12/MSP\\_cvd19\\_infografia\\_diaria\\_20211231.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/12/MSP_cvd19_infografia_diaria_20211231.pdf) [Consulta 3 abril 2022].
- ◆ \_\_\_\_\_ (2021). Declaratoria de obligatoriedad de vacunación contra COVID-19. Disponible en <https://www.salud.gob.ec/ecuador-declara-obligatoriedad-vacunacion-contra-COVID-19/> [Consulta 3 abril 2022].

- ◆ \_\_\_\_\_ (2021). Lineamiento de obligatoriedad de la vacunación contra SARS Cov-2. Disponible en <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/12/Lineamiento-obligatoriedad-vacuna-COVID-19.pdf> [Consulta 5 de abril 2022].
- ◆ \_\_\_\_\_ (2022). Informe epidemiológico de COVID-19 actualizado 26 de enero 2022. Disponible en <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/26-01-22-MSP-Sit-epidemiologica-COVID-ECU-UIO-GYE.pdf> [Consulta 5 abril 2022].
- ◆ \_\_\_\_\_ (2022). Vacunómetro COVID-19. Disponible en Microsoft Power BI [Consulta 5 abril 2022].
- ◆ Ecuador. Reglamento a la Ley de Seguridad Pública y del Estado. (2010) [Consulta 10 octubre 2022].
- ◆ Esposito, R. (2013). Comunidad, inmunidad y biopolítica. Barcelona: Herder.
- ◆ Estévez, F. (2023). Demencia Bioética y derechos en el Ecuador. Cuenca: UIDE.
- ◆ Evans, B. J. (2017). Power to the People: Data Citizens in the Age of Precision Medicine. *Vanderbilt journal of entertainment and technology law*, 19(2), 243-265. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29118898/>.
- ◆ García López, F. (2023). Cuestiones éticas planteadas por los protocolos de exclusión. Apuntes del curso de Salud Pública. Master de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona.
- ◆ Gómez Ayala, D. A., & Páramo, P. (2022). La aceptación o rechazo a vacunarse contra el COVID 19: Revisión Sistemática desde las perspectivas culturales, psicológicas y educativas. *Cuadernos Hispanoamericanos De Psicología*, (2), 1-19. <https://doi.org/10.18270/chps.v2021i2.3751>.
- ◆ Guerrero Salgado, EE, & Rodríguez Estévez, F. (2022). Constitucionalismo del desastre en Ecuador: conducta y sentencias estatales frente a la emergencia sanitaria del COVID-19. *Estado & comunes, revista de políticas y problemas públicos*, 1(14), 193-210. [https://doi.org/10.37228/estado\\_comunes.v1.n14.2022.251](https://doi.org/10.37228/estado_comunes.v1.n14.2022.251).
- ◆ Hannah, M.G., Hutta, J.S., & Schemann, C. (2020). Thinking through COVID-19 responses with Foucault: An initial overview. Corpus ID: 219665864 <https://www.kulturgeo.uni-bayreuth.de/de/news/2020/Thinking-Corona-measures-with-Foucault/Thinking-Corona-measures-with-Foucault.pdf>.
- ◆ Johns Hopkins University & Medicine. (2022). Coronavirus Resource Center: Ecuador overview. Disponible en <https://coronavirus.jhu.edu/region/ecuador> [Consulta 5 abril 2022].
- ◆ Lacsá, J. (2021) COVID-19 vaccine passports: A mandatory choice or a mere option? *Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab258>.
- ◆ Lorenzini, D. (2021). Biopolitics in the Time of Coronavirus. *Critical Inquiry*, 40-45. <https://doi.org/10.1086/711432>.
- ◆ Mendenhall, E., & Singer, M. (2020). What constitutes a syndemic? Methods, contexts, and framing from 2019. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 15(4), 213-217. doi: 10.1097/COH.0000000000000628.
- ◆ McAteer, J. Yildirim, I. Shahrud, A. for the Society for Pediatric Research Advocacy Committee. (2020). The VACCINES Act: Deciphering Vaccine Hesitancy in the Time of COVID-19, *Clinical Infectious Diseases*, 71. 703-705, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa433>.
- ◆ Nussbaum, Martha. (2011). Creating capabilities: The human development approach. Harvard: Harvard University Press.
- ◆ Orellana, C. (2017). La dignidad humana como eje central para el ejercicio del derecho a la salud. *Derecho global estudios sobre derecho y justicia*. 5, 139-166. <https://doi.org/10.32870/dgedj.v0i5.76>.
- ◆ \_\_\_\_\_ (2018). Consentimiento informado en la prestación de servicios de salud. *Derecho global estudios sobre derecho y justicia*. 9. 57-80. <https://doi.org/10.32870/dgedj.v0i9.166>.

- ◆ Organización Mundial de la Salud. (2021). Inmunidad colectiva, confinamientos y COVID. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/herd-immunity-lockdowns-and-COVID-19> [Consulta 6 de abril 2022].
- ◆ Orrantia, R. (2022). COVID-19 y Justicia Social. Un enfoque sindémico de la resistencia a la vacunación. *RBD. Revista de Bioética y Derecho*. 54. 23-46. <https://doi.org/10.1344/rbd2021.54.37533>.
- ◆ Oxford Committee for Famine Relief [Oxfam] (16 de enero de 2021). El virus de la desigualdad. [Consulta 15 de octubre 2022].
- ◆ Plan V. (2020). La corrupción hospitalaria acorrala al gobierno. Disponible en <https://www.planv.com.ec/historias/sociedad/la-corrupcion-hospitalaria-acorrala-al-gobierno>. [Consulta 28 marzo 2022].
- ◆ Quintero, S. (2018). Bioética hermenéutica: una revisión crítica del enfoque principalista. *Bajo palabra revista de filosofía*. 18. 195-208. <https://doi.org/10.15366/bp2018.18.009>.
- ◆ Rieger, I. A. (2021). COVID-19 and indigenous communities in Latin America: A comparative analysis of state public policy strategies in Mexico, Bolivia, and Colombia. *Revista de Estudios Sociales*, (78), 36-55. <https://doi.org/10.7440/res78.2021.03>.
- ◆ Sallam, M. (2021). COVID-19 Vaccine Hesitancy Worldwide: A Concise Systematic Review of Vaccine Acceptance Rates. *Vaccines*, 9(2), 160. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/vaccines9020160>.
- ◆ Sarasty, O., Carpio, C.E., Hudson, D., Guerrero-Ochoa, P.A., Borja, I. (2020). The demand for a COVID-19 vaccine in Ecuador. *Vaccine*, 38, 8090–8098 <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.11.013>.
- ◆ Sen, A. (2009). *The Idea of Justice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ◆ Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B. y Mendenhall, E. (2017). “Sindemics and the biosocial conception of health.” *The Lancet*, Vol. 389. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X).
- ◆ Túquerres, D. (2022). La actuación del COE Nacional durante la pandemia en Ecuador. *La politique*. Disponible en <https://www.lapolitique10.com/single-post/2020/08/30/La-Actuaci%C3%B3n-del-COE-Nacional-durante-la-Pandemia-en-Ecuador> [Consulta 15 octubre 2022].
- ◆ Valdez Fernández, A. L., Fernández-Silva, C. A., Bittner Hofmann, C. X., & Mancilla, C. R. 2021. “Aproximaciones al concepto de vulnerabilidad desde la bioética: una revisión integradora”. *Persona y Bioética* 25(2), e2522. <https://DOI.org/10.5294/pebi.2021.25.2.2>.
- ◆ Wood, D. (2014). Descolonizando las historias biopolíticas con Amílcar Cabral. *Tabula Rasa*, (20), 69-87. Retrieved October 19, 2022, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-24892014000100004&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24892014000100004&lng=en&tlng=es).
- ◆ Zibell, M. (2020). Coronavirus en Ecuador: el drama en guayaquil que tiene más muertos por COVID-19 que países enteros. Disponible en [https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52116100?ocid=wsmundo.chat-apps.in-app-msg.whatsapp.trial.link1\\_auin](https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52116100?ocid=wsmundo.chat-apps.in-app-msg.whatsapp.trial.link1_auin) [Consulta 28 marzo 2022].

**Fecha de recepción: 14 de junio de 2023**

**Fecha de aceptación: 6 de octubre de 2023**

**Fecha de publicación: 18 de octubre de 2023**