DIRECTRICES TÉCNICAS PARA INCORPORAR A LOS GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, EN SITUACIÓN DE RIESGO Y/O VULNERABILIDAD EN EL PLAN DE VACUNACIÓN DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud declaró la emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020 debido a la Covid-19, un mes después, el 11 de marzo se anunció que esta enfermedad se puede caracterizar como una pandemia, reconociendo que se extiende por varios países y continentes afectando a un gran número de personas.

El 12 de marzo de 2020, el Alcalde del Distrito Metropolitano de Quito, Dr. Jorge Yunda, declaró la Emergencia Sanitaria en la ciudad. Posteriormente, el 16 de marzo de 2020, mediante Decreto Ejecutivo Nro. 1017, se decretó “el estado de excepción por calamidad pública en todo el territorio nacional, por los casos de coronavirus confirmados y la declaratoria de pandemia de COVID-19, por parte de la Organización Mundial de la Salud, que representan un alto riesgo de contagio para toda la ciudadanía.” Mediante este Decreto se impuso el toque de queda y se restringió la libertad de tránsito y movilidad a nivel nacional. Así inició un período de confinamiento obligatorio que se extendió hasta el 13 de septiembre de 2020, posteriormente se establecieron normas donde cada cantón del país definió las medidas a tomar, apostando por la autorregulación ciudadana para controlar la expansión del virus.

Este confinamiento generó la paralización de actividades, la disminución del comercio y el aislamiento que terminó por afectar a las personas más vulnerables: adultos mayores, desempleados, subempleadas, mujeres, personas en movilidad humana, entre otros, teniendo como consecuencia el incremento en las brechas de desigualdad.

Como lo señala el Observatorio Social del Ecuador, el país no ha tenido una política pública sólida de vigilancia y control epidemiológico y no se contó con capacidad de respuesta temprana, por lo que varias ciudades enfrentaron un desproporcionado incremento de personas fallecidas diariamente, con dolorosas imágenes en sus viviendas, en espacios públicos y denuncias de cuerpos desaparecidos, en medio de la deficiente gestión pública de la emergencia sanitaria.

Los datos del Observatorio nos revelan que nuestro país tiene una de las tasas más bajas de pruebas PCR en la región y así mismo una de las tasas más elevadas de mortalidad llegando a 71 por cada 100.000 habitantes, ubicándola en una de las 10 más altas del Mundo y la segunda más alta luego del Perú. Desde el domingo 7 de febrero del 2021, que se desarrolló la primera vuelta electoral hasta este lunes 29

de marzo, el número de contagios confirmados de covid-19 en el Ecuador registra un crecimiento del 26%. Al 26 de marzo de 2021, en el país se registró 321,451 casos confirmados por Covid-19; de un total de 1,123,272 de personas que se han realizado pruebas PCR, convirtiéndose así en el país con la tasa de mortalidad y de contagio por Covid-19 más alta de la región.

El COE Nacional registró un total de 16,632 personas fallecidas por Covid-19; sin embargo, aún no se cruzan datos con el registro de defunciones de la Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación, por lo que esta cifra no corresponde a la realidad. Durante el año 2021 se registra un incremento significativo de las hospitalizaciones, tanto de pacientes estables como de aquellos con pronóstico reservado, superior al registrado durante el año 2020. De acuerdo a la desagregación provincial de casos confirmados de Covid-19 por pruebas PCR, en primer lugar está Pichincha con 34.9%; seguido de Guayas (12.9%); Manabí (7.6%); Azuay (5.8%); El Oro (4.5%).

De acuerdo con información de la OMS (2020), el virus que causa COVID-19 infecta a personas de todas las edades. Sin embargo, la evidencia hasta la fecha sugiere que el riesgo de enfermedad aumenta gradualmente con la edad a partir de los 40 años y que las personas mayores tienen un riesgo superior.

Los esfuerzos de la humanidad para enfrentar esta pandemia en todo el mundo han permitido que equipos científicos alcancen el desarrollo de vacunas seguras y eficaces que contribuirán a reducir el impacto de la COVID-19. Al existir una disponibilidad limitada de dosis de vacunas contra este virus, el proceso de vacunación inicial debe garantizar su distribución equitativa y el acceso a los grupos de atención prioritaria, luego de que haya sido atendido el personal de salud que se encuentra en primera línea.

2. ANTECEDENTES

En el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se reconoce que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y bienestar. Además, la asistencia médica y servicios necesarios. Así mismo, en el artículo 7 del mismo cuerpo normativo, se reconoce que todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12, define el contenido esencial del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Según este mismo instrumento internacional, el derecho a la salud requiere que los gobiernos cumplan obligaciones mínimas, los bienes y servicios de salud deben estar disponibles en cantidad suficiente, de buena calidad, con acceso público, étnica y culturalmente cognoscibles, como se lo indica en la Observación General 14 del Comité del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Por su lado, el numeral 2 del artículo 11 de la Constitución de la República del Ecuador, establece que todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades, así mismo la norma sanciona toda forma de discriminación.

El artículo 32 de la Constitución reconoce que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir, tales como:

> *La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.*

El artículo 37 de la Constitución reconoce que el Estado garantizará a las personas adultas mayores la atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

Según el artículo 227, la administración pública constituye un servicio a la colectividad que se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación. El artículo 260 de la Constitución dispone que: “El ejercicio de las competencias exclusivas no excluirá el ejercicio concurrente de la gestión en la prestación de servicios públicos y actividades de colaboración y complementariedad entre los distintos niveles de gobierno.”

En el artículo 341 de la Constitución establece que el Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios como la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad.

La Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 363, define que el Estado será responsable de brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria. Además, es responsable de garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces -que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población-.

La Ley Orgánica de Salud, en su artículo 3, reconoce que la salud es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso

colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

A su vez, en su artículo 7, reconoce el derecho a la salud sin discriminación por motivo alguno. Además, se debe garantizar el acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública y a ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud. Esta ley contempla el derecho a utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes, las acciones para tramitar quejas y reclamos. También, en su artículo 9, reconoce que corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades:

> *c) Priorizar la salud pública sobre los intereses comerciales y económicos;*
> *d) Adoptar las medidas necesarias para garantizar en caso de emergencia sanitaria, el acceso y disponibilidad de insumos y medicamentos necesarios;*
> *f) Garantizar a la población el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad.*
> *g) Impulsar la participación de la sociedad (...), establecer mecanismos de veeduría y rendición de cuentas en las instituciones públicas y privadas.*
> *h) Garantizar la asignación fiscal para salud, en los términos señalados por la Constitución, la entrega oportuna de los recursos y su distribución bajo el principio de equidad; así como los recursos humanos necesarios para brindar atención integral de calidad a la salud individual y colectiva*
> *i) Garantizar la inversión en infraestructura y equipamiento de los servicios de salud que permita el acceso permanente de la población a atención integral, eficiente, de calidad y oportuna para responder adecuadamente a las necesidades epidemiológicas y comunitarias.*

Para la atención de esta emergencia sanitaria la Organización Mundial de la Salud y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas ha propuesto tres criterios fundamentales, entre ellos la posición de vulnerabilidad dentro de grupos de especial protección, y el nivel de exposición de ciertos grupos sociales (OMS). Es por ello que en estas directrices se hace énfasis en dichos criterios.

Ello, además, se ampara en la Resolución No. C 012-2021 del Concejo Metropolitano de Quito, que en su disposición general segunda ordena que:

> *El Municipio del Distrito Metropolitano de Quito en coordinación con las instituciones públicas responsables del Sistema de Salud, Educación, Inclusión Económica y Social, Seguridad, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Gestión de Riesgos, Gobiernos Autónomos Descentralizados Parroquiales, generará un plan de vacunación distrital en el cual se dará prioridad al personal médico y sanitario, trabajadores y trabajadoras de todas las instituciones públicas y privadas que se encuentran laborando en primera línea de riesgo de contagio y de atención a pacientes; así como,* ***generará***

un plan específico en coordinación con el Consejo de Protección de Derechos para la vacunación a personas de grupos de atención prioritaria del Distrito Metropolitano de Quito. (el resaltado para este análisis corresponde a este documento)

Para ejecutar el plan de vacunación contra la COVID-19, es necesario identificar a la población priorizada de manera nominal, a través de los sistemas de información interoperables con los que cuenta el país y disponer esta información para que las autoridades sanitarias, los administradores de los regímenes especiales y de excepción y las entidades territoriales puedan formular e implementar planes y parámetros para garantizar la inclusión de los GAP al proceso de vacunación. A su vez, para que organizaciones surgidas de las sociedad civil y titulares de derechos puedan demandar de los servicios y hacer el seguimiento y vigilancia de la implementación del plan de vacunación.

3. OBJETIVO

Establecer directrices técnicas para la incorporación de personas de grupos de atención prioritaria, en situación de riesgo y/o vulnerabilidad en el Plan de Vacunación contra la Covid-19 en el Distrito Metropolitano de Quito.

4. MARCO CONCEPTUAL

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, mediante Resolución Nro: 001/2020, indicó que “la pandemia de COVID-19 puede afectar gravemente la plena vigencia de los derechos humanos de la población en virtud de los serios riesgos para la vida, salud e integridad personal” (CIDH, 2020, pág. 1). Adicionalmente alertó sobre los impactos que la pandemia podría tener en la vida de la ciudadanía en general, pero sobre todo en aquellos grupos de atención prioritaria o en situación de vulnerabilidad. Hasta el momento dicha alerta se ha concretado, por ejemplo, en la falta de acceso a los servicios de salud, que permita precautelar el ejercicio de los derechos humanos de las personas cuya condición requieren acciones especializadas por parte del Estado.

En el marco de lo señalado, este apartado, brinda las definiciones teóricas y conceptuales para que el gobierno local, en el marco de sus competencias -en articulación con el ente rector y demás actores interinstitucionales claves-, y en función del cumplimiento de sus obligaciones respecto a la garantía del derecho a la salud, establezca las acciones más pertinentes observando la especificidad de los grupos de atención prioritaria o en situación de vulnerabilidad, que viven en el Distrito Metropolitano de Quito -urbano, rural, periferias-.

- **Atención en salud de grupos de atención prioritaria**

Mediante Resolución No. 1/2020, el 10 de abril de 2020, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), fijó estándares y recomendaciones para orientar a

los Estados sobre las medidas que deberían adoptar en la atención y contención de la pandemia, de conformidad con el pleno respeto a los derechos humanos.

La Resolución No. 4/2020 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos tiene como objetivo establecer "Directrices Interamericanas sobre los Derechos Humanos de las personas con COVID-19". Recuerda que, para las medidas de contención y planes de vacunación, los Estados de la región deben brindar y aplicar perspectivas interseccionales y prestar especial atención a las necesidades y al impacto diferenciado de dichas medidas en los derechos humanos de los grupos históricamente excluidos o en especial riesgo, tales como: personas mayores y personas de cualquier edad que tienen afecciones médicas preexistentes, personas privadas de libertad, mujeres, pueblos indígenas, personas en situación de movilidad humana, niñas, niños y adolescentes, personas LGBTI, personas afrodescendientes, personas con discapacidad, personas trabajadoras, y personas que viven en pobreza y pobreza extrema, especialmente personas trabajadoras informales y personas en situación de calle; así como en las defensoras y defensores de derechos humanos, líderes sociales, profesionales de la salud y periodistas.

- **Grupos de atención prioritaria**

Son aquellos grupos que históricamente "por su condición social, económica, cultural (…) edad, origen étnico se encuentran en situación de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de vida" (Romero y otros, 2019). La Constitución de la República del Ecuador -Art.35-, define con claridad que en el caso del Ecuador los grupos de atención prioritaria, son:

  - Niñas, niños y adolescentes
  - Personas adultas mayores.
  - Mujeres embarazadas.
  - Personas con discapacidad.
  - Personas privadas de libertad.
  - Personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad -entre otros-.

La norma suprema, además establece que dichos grupos recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. Cabe señalar que la misma atención deben recibir las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual -entre otras-, en el caso de las personas con doble vulnerabilidad, el Estado debe prestar especial protección.

Más de una condición de vulnerabilidad pueden confluir en una persona. Por lo tanto, el análisis desde la interseccionalidad merece atención prioritaria en la diagramación de planes de vacunación contra la COVID-19 y la prestación de servicios sanitarios especializados.

- **Grupos en situación de exclusión y/o vulnerabilidad**

Desde el enfoque de derechos humanos, se reconoce que hay ciertos grupos de la población, que, por sus condiciones especiales y específicas, necesitan respuestas diferenciadas por parte del Estado, esto con el objetivo de reducir las brechas de inequidad que permitan aportar para el goce efectivo de sus derechos.

Por lo que, el desarrollo de políticas públicas debe considerar estas especificidades y responder desde un enfoque diferencial, poblacional (MDMQ, 2017, pág. 6), esto sin duda constituye un desafío para responder a las necesidades de los diversos grupos en situación de exclusión y/o vulnerabilidad que, por su condición, podrían encontrarse en alto riesgo, como:

- Trabajadoras/es sexuales
- Personas con experiencia de vida en calle
- Personas víctimas de violencia
- Personas en situación de movilidad humana -migrantes, refugiados, apátridas-
- Personas víctimas de trata y tráfico
- Profesionales que trabajan con grupos de atención prioritaria en casas de acogida de niñas, niños y adolescentes o centros de adolescentes infractores)

- **Interseccionalidad**

La mirada desde la interseccionalidad permite identificar todas aquellas situaciones o condiciones que tiene una persona, que profundiza su condición de vulnerabilidad, además permite:

> *visibilizar las múltiples formas de opresión social que condicionan la vida de las personas que enfrentan situaciones de vulnerabilidad y que, al interrelacionarse, no permiten alcanzar la igualdad real, construyen un sistema de opresión con características culturales, sociales, de género, etarias y políticas diversas a nivel local (CNIG, s/f, pág. 33).*

En el desarrollo del plan de vacunación de los grupos de atención prioritaria, así como de aquellos que están en situación de vulnerabilidad y/o riesgo, la aplicación de la interseccionalidad es una herramienta clave para identificar correctamente la atención que deben recibir en un primer momento aquellos cuya situación es de alta vulnerabilidad, a continuación, se presenta un ejemplo:

Caso: mujer adulta en condición de movilidad humana + situación de vida en calle + ejerce trabajo sexual + tiene una enfermedad de alta complejidad.

Como se puede evidenciar en el ejemplo anterior, la situación de la mujer es muy compleja no solo por el hecho de ser mujer en situación de movilidad humana, sino que, por su condición de vida en calle está expuesta a muchos riesgos y difícilmente podrá recibir atención médica, por lo que su vulnerabilidad es muy alta.

En el marco de lo señalado es necesario identificar aquellas situaciones que enfrentan las personas de los grupos de atención prioritaria y aquellas en situación de exclusión y/o vulnerabilidad, cuyo resultado sea una condición sumamente alta de vulnerabilidad y que las coloque al frente en la fase prioritaria de vacunación.

- **Acciones afirmativas**

Para Begné, las acciones afirmativas son “aquellas acciones que reducen o eliminan prácticas discriminatorias contra sectores excluidos de la población, tales como mujeres, o grupos étnicos” (Begné, 2011, pág. 1). Dichas medidas están orientadas a dar un trato preferente, para que de manera concreta se obtenga resultados en favor de aquellos grupos históricamente discriminados.

Las acciones afirmativas son mecanismos concretos que buscan reducir la desigualdad, discriminación, por lo tanto, se orientan a alcanzar la equidad -igualdad real y material-. Ya que no es suficiente declarar, por ejemplo, la igualdad de trato, sino implementar acciones concretas para lograr dicha igualdad, en este caso para lograr el acceso a la salud para todos y todas.

- **Personas adultas mayores**

Toda la población mayor de 65 años, de acuerdo con la evidencia disponible, corresponde al grupo poblacional más vulnerable frente a la COVID-19, por los altos índices de mortalidad y efectos graves sobre la salud de los pacientes infectados. En este primer grupo se acentúa la aplicación del criterio de vulnerabilidad y la protección del derecho a la vida y a la dignidad humana.

De acuerdo a la publicación realizada por el Center for Disease Control and Prevention – CDC de Atlanta, el 13 de diciembre de 2020-, en comparación con los/as adultos/as jóvenes (de 18 a 29 años) los/as adultos/as de 85 y más años tienen una probabilidad de morir por COVID-19,630 veces más alta. En la literatura científica se ha determinado que por cada diez (10) años que aumenta la edad, el riesgo de morir por COVID-19 se incrementa en un 32%. En este sentido, la población entre 60 y 79 años presenta un mayor riesgo de enfermar gravemente y de morir en comparación con la población más joven. De acuerdo con las cifras publicadas por el CDC, los/as adultos/as entre 65 y 74 años tienen un riesgo de morir por COVID-19 noventa veces más alto en comparación con los/as adultos/as jóvenes entre 18 y 29 años, así como un riesgo de ser hospitalizados por complicaciones de COVID-19 cinco (5) veces más alto en comparación con la misma población de referencia.

El ordenamiento jurídico internacional plantea que las personas adultas mayores, por su especial condición de vulnerabilidad frente a situaciones de enfermedad, tienen derecho a la salud, sin ningún tipo de discriminación. El artículo 19 de la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores reconoce que se deben diseñar e implementar políticas públicas

intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos.

El artículo 38 de la Constitución reconoce que 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.

Las personas adultas mayores tienen derecho a expresar su consentimiento de manera libre y con información previa y clara sobre la administración de las vacunas contra la COVID-19. En este sentido, la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores reconoce que, además de poder consentir sobre la administración de la vacuna, pueden modificar o revocar este consentimiento. Por lo tanto, se deben elaborar y aplicar mecanismos adecuados y eficaces para impedir abusos y fortalecer la capacidad de la persona mayor de comprender plenamente las opciones de tratamiento existentes, sus riesgos y beneficios.

- **Personas con discapacidad**

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), en su artículo 25 reconoce el derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible. Este artículo también exige que las personas con discapacidad reciban los servicios de salud que requieran tan cercano a sus comunidades como sea posible. Y que dichas personas reciban la misma variedad, calidad y estándar de atención sanitaria que los demás, sea ésta gratuita o asequible.

- **Personas con enfermedades catastróficas o de alta complejidad**

Hay un conjunto limitado de enfermedades que no solo matan o incapacitan a quienes las padecen, sino que además empobrecen a estas personas y sus familias. La investigación y el desarrollo tecnológico se centran en ellas y, hasta el momento, los avances en los tratamientos son importantes, pero, en general, se limitan a cuidados paliativos que resultan alentadores, pero cada vez más caros.

Aparece entonces un doble problema: si el paciente no es tratado, se priva a un ser humano del acceso a un tratamiento de vanguardia y se lo condena a un deterioro progresivo de su salud y de su calidad de vida. Pero si él o su familia deben costear este tratamiento, pueden caer en la pobreza. Por eso, las denominadas “enfermedades catastróficas” configuran un problema que no es solo médico, ni siquiera sólo sanitario, sino que configura un complejo desafío económico y social que requiere su consideración y tratamiento desde las políticas públicas.

De acuerdo con la evidencia científica disponible hasta la fecha[1], existen determinadas condiciones como las enfermedades hipertensivas, diabetes, insuficiencia renal, VIH, cáncer, tuberculosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma y obesidad o las personas que se encuentran en lista de espera para trasplante de órganos, debido a la disminución de su capacidad fisiológica, incrementan el riesgo de presentar un cuadro grave de COVID-19 y de morir por esta causa.

El artículo 50 de la Constitución de la República del Ecuador reconoce la obligación del Estado para garantizar a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente. La citada disposición normativa cobra mayor relevancia en el escenario de COVID-19, pues en el transcurso de la pandemia, en Ecuador han persistido desafíos en salud pública que sobrepasan la COVID-19, procesos que deben ser cubiertos por los servicios de salud, incluyendo la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Es posible que existan personas con condiciones de salud o comorbilidades de las contempladas para la priorización, que no están diagnosticadas o cuya información clínica pertinente no está registrada en las entidades responsables del aseguramiento en salud.

- **Personas privadas de libertad**

La población privada de la libertad vive generalmente en contextos de hacinamiento, con diversas dificultades para mantener la distancia física, lo que ha repercutido en un número importante de brotes por contagio por Covid-19 en cárceles. En este sentido, es necesario reducir el riesgo de transmisión en esos lugares, protegiendo a la población privada de la libertad, al personal de vigilancia y custodia y a las personas encargadas de la alimentación al interior de los establecimientos de reclusión. El artículo 51 de la Constitución reconoce que las personas privadas de la libertad tienen derecho a contar con los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar su salud integral en los centros de privación de libertad, considerando que constituyen un grupo de atención prioritaria.

Además, el Código Orgánico Integral Penal reconoce los derechos y garantías de las personas privadas de libertad, quienes tienen derecho a la salud preventiva, curativa y de rehabilitación física. Para garantizar el ejercicio de este derecho se considerarán las condiciones específicas de cada grupo de la población privada de libertad.

[1] Por ejemplo en los estudios de Chidambaram, Tun, Haque, Majella, Sivakumar, Kumar y otros en 2020, *Factors associated with disease severity and mortality among patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis*; y, Parohan, Yaghoubi, Seraji, Javanbakht, Sarraf, y Djalali en 2020, *Risk factors for mortality in patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection: A systematic review and meta-analysis of observational studies.*

- **Personas con experiencia de vida en calle**

La desigualdad económica impacta de manera negativa y profunda a la sociedad, la falta de equidad en los ingresos y la ausencia de servicios integrales de salud ha generado que diversas personas se vean imposibilitadas de acceder a los servicios y bienes mínimos indispensables que les permitan vivir con dignidad.

Existe un consenso en que la pobreza, particularmente la extrema pobreza, no sólo refieren a un problema económico, sino a uno más complejo que abarca diferentes esferas, como la social y la cultural, convirtiéndose también en un problema político, que afecta directamente al desarrollo humano y, por lo tanto, a la satisfacción de los derechos de acceso a los servicios de salud, entre otros.

El preámbulo de la Convención Americana sobre Derechos Humanos indica que:

> *solo puede realizarse el ideal del ser humano libre, exento del temor y de la miseria, si se crean condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos.*

De modo que la propia Convención llama a prestar atención a la relación entre la pobreza y la vigencia de los derechos humanos. Por las circunstancias en las que viven los habitantes de calle, por su situación de pobreza extrema, se encuentran con barreras de acceso a la información y a los servicios sociales y de salud. Es así que esta población se encuentra expuesta a una mayor prevalencia de enfermedades graves o crónicas, así como trastornos de salud mental, consumo o consumo problemático de sustancias psicoactivas, que dificultan su comprensión y adhesión a las medidas de prevención, detección y manejo de la COVID-19.

En este sentido, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha reconocido medidas de protección de personas en situación de calle en la Medida Cautelar N° 1450-18, en el caso Julio Renato Lancellotti y Daniel Feitosa respecto de Brasil. En este caso, se reconoce la vulnerabilidad que rodea a las personas en pobreza extrema que viven en situación de calle.

Al respecto, también cabe mencionar que las personas habitantes de calle no son las únicas personas con experiencia de vida en calle, a ellas se suman las personas que desenvuelven en el espacio público sus actividades económicas de subsistencia, tales como las y los trabajadores sexuales, las y los comerciantes informales, las personas que mendigan.

- **Personas en situación de movilidad humana**

A medida que se propaga la pandemia de COVID-19, los Estados deben afrontar un problema de salud pública excepcional que los obliga a tomar medidas cada vez más restrictivas. En ese contexto, la gestión de los movimientos migratorios suma complejidad a la labor de garantizar que las personas en situación de movilidad

humana no se vean desproporcionadamente afectadas ni por la pandemia en sí ni por las diversas medidas que adoptan los Estados en respuesta a ella.

Por un lado, según la Convención sobre el Estatuto de los refugiados, suscrita en Ginebra en 1951; protocolo ratificado por el Ecuador en 1967, garantiza el asilo de refugiados y apátridas y establece las responsabilidades de los Estados parte con las personas en necesidad de protección internacional.

Por otro lado, en la Constitución de la República se garantiza la protección y promoción de los derechos de las personas en situación de movilidad humana, tanto como en la Ley Orgánica de Movilidad Humana. En el artículo 40 de la Constitución se reconoce el derecho de las personas a migrar y que no se identificará ni se considerará a ningún ser humano como "ilegal" por su condición migratoria. Así mismo, se reconocen los derechos de asilo, refugio y apatridia, de acuerdo con la ley y los instrumentos internacionales de derechos humanos. Las personas que se encuentren en condición de asilo o refugio gozarán de protección especial que garantice el pleno ejercicio de sus derechos. El Estado, según el artículo 41 de la Constitución, respetará y garantizará el principio de no devolución, además de la asistencia humanitaria y jurídica de emergencia. Las personas de otro origen nacional que se encuentran en Ecuador en situación de movilidad humana deben conocer que tienen los mismos derechos y deberes que las personas ecuatorianas, de acuerdo con los artículos 9 y 11 de la Constitución; y no podrán ser discriminadas por su condición migratoria en el ejercicio de estos derechos.

Por lo tanto, la inclusión de las personas en situación de movilidad, cualquiera que sea su condición jurídica, en las respuestas a la COVID-19 no es solamente esencial para reducir el impacto de la pandemia en los propios migrantes, sino que también es clave para la gestión de la salud pública. Por ello, la vulnerabilidad específica de las personas migrantes se debe tener en cuenta en cualquier plan nacional de respuesta a la COVID-19. Se requieren estrategias de difusión específicas para garantizar que esas personas tengan acceso a información, que se las incluya en las medidas de prevención y que se les asegure igualdad de acceso a servicios de salud. Las barreras que actualmente impiden la inclusión de las personas migrantes en las respuestas a la COVID-19 se deben abordar con urgencia.

- **Mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia**

Siguiendo la definición de la Declaración de las Naciones Unidas sobre Erradicación de la Violencia Contra las Mujeres, adoptada por la Asamblea General de la ONU en 1993, que proporciona un marco amplio y útil para definir la violencia contra la mujer y también establece la responsabilidad de los Estado en cuanto a la protección integral de las mismas.

Es necesario tener en cuenta que, tras un acontecimiento de las características de la pandemia, la población en general afronta situaciones de gran complejidad, afectación a la salud, inestabilidad laboral y procesos de revictimización en el contexto intrafamiliar. En este panorama las mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia, y las personas de sus entornos cercanos se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad, y la garantía de su bienestar físico constituye un factor de protección tanto para ellas como para sus familias.

En este sentido los planes de vacunación no pueden dejar de considerar a este grupo de atención prioritaria, ya que incluso en algunos casos estas mujeres forman parte de familias monoparentales donde son el único sustento económico.

- **Personas trabajadoras remuneradas del hogar**

Tradicionalmente, el trabajo doméstico se ha considerado precario, debido a las condiciones deficientes o incluso de explotación, como las largas jornadas laborales, los bajos salarios, las condiciones informales, la escasa o nula protección social y la tendencia a vivir con sus empleadores. A pesar de su enorme contribución y aporte a la economía, es uno de los grupos más afectados por la crisis, conformado en su mayoría por mujeres.

En 2011, la OIT adoptó el Convenio No. 189 sobre las trabajadoras y trabajadores domésticos, el cual establece pautas para que los Estados garanticen derechos y protección social para las personas trabajadoras del hogar. El artículo 333 de la Constitución de la República del Ecuador reconoce el deber estatal de promover un régimen laboral que funcione en armonía con las necesidades del cuidado humano.

Es importante señalar que la situación ya inestable de las trabajadoras del hogar ha empeorado, muchas han seguido trabajando, a pesar de la actual pandemia, mientras que otras han sido despedidas sin sueldo, lo que significa que no pueden pagar el alquiler o enviar remesas a sus hogares. Entre los factores contextuales específicos que agravan la vulnerabilidad de las trabajadoras domésticas cabe mencionar:

a) *Atención a la población de riesgo:* Las personas trabajadoras del hogar deben atender a la población "de riesgo", como las personas mayores o los enfermos, niños que deben quedarse en casa debido a la suspensión de clases. Algunas personas trabajadoras del hogar no han recibido el equipo de protección personal adecuado a pesar de tener que interactuar con otras personas fuera de su círculo de contactos.
b) *Salarios reducidos:* las personas trabajadoras del hogar se vieron expuestas a la reducción de las horas de trabajo, pérdida de salarios y/o desempleo como resultado de la disminución de la actividad económica. Según la OIM, el 70% de las personas trabajadoras del hogar de las Américas se han visto afectadas por medidas de cuarentena que han dado lugar a una reducción de las horas de trabajo o a la pérdida total del empleo. Los planes de vacunación no deben abstraerse de esta rama laboral que atañe particularmente la vulnerabilidad.

- **Seguimiento y evaluación**

La implementación de un instrumento de política pública debe considerar el seguimiento y también la evaluación ya que permitirá retroalimentar el mismo e identificar oportunamente las falencias o nudos críticos y posteriormente hacer los cambios que amerite. A continuación, se presenta los elementos que deben ser considerados para implementar dichas acciones:

- La Constitución del Ecuador -artículos: 85,147,148,272,297-, "establece el seguimiento y evaluación de las políticas públicas y la prestación de servicios públicos de calidad para hacer efectivo el ejercicio de los derechos y el buen vivir" (SENPLADES, s/f)
- El plan de vacunación debe definir con claridad qué entidades realizarán el seguimiento y la implementación del mismo, esto se lo debe hacer considerando las competencias institucionales.
- Considerar la participación ciudadana para la evaluación del servicio de salud -vinculado al proceso de vacunación-, para lo cual se deberá articular acciones con los espacios de participación de los grupos de atención prioritaria -evaluación participativa-.
- El seguimiento es la "recolección sistemática de información que sirve para verificar la realización progresiva, física y financiera de las intervenciones y sus resultados con el objetivo de comprobar el avance del programa o proyecto" (SENPLADES, s/f, pág. 25).
- La evaluación es la "valoración sistemática y objetiva del diseño, puesta en práctica, resultados e impactos de una intervención. Emite juicios críticos sobre la validez, bondad y utilidad de la intervención" (ibíd.).

- **Accesibilidad física y comunicación inclusiva**

La accesibilidad tiene relación con varios ámbitos, desde el derecho a acceder a una infraestructura adecuada sin barrera física alguna, tanto para personas con discapacidad como para personas con movilidad limitada, para lo cual debe considerar la Norma Técnica INEN 1. 239:2000, puesto que los puntos de vacunación deben garantizar la accesibilidad física y permitir una movilidad libre.

Otro ámbito está relacionado con el acceso a la información -inclusiva-, por parte de los ciudadanos y ciudadanas[2], en este sentido es fundamental que se considere

[2] Una de las herramientas para conseguir que la comunicación sea inclusiva es la mediación pedagógica de los mismos. La "mediación pedagógica, consiste en la tarea de acompañar y promover el aprendizaje" (Reyes, s/f), en este sentido los materiales de comunicación que se desarrollen en el marco del plan de vacunación, deben tener una mediación pedagógica para lo cual se debe:

- Identificar con claridad el grupo -destinatario-, al que se dirige el mensaje -considerar los elementos planteados en el apartado de comunicación inclusiva-, esto partirá definir los mensajes más adecuados que permitan, interiorizar información relevante sobre el proceso de inmunización -etapa-.
- Identificar con claridad las líneas discursivas en relación a cada etapa del proceso de inmunización.

las necesidades de las personas con discapacidad y se brinde toda la información pertinente sobre el plan de vacunación y las vacunas, considerando los siguientes elementos:

- Colocación de subtítulos -mensajes televisados-,
- Incluir un intérprete de señas -eventos presenciales, mensajes televisados-.
- En la web institucional orientada a entregar información sobre el proceso de vacunación en el DMQ, debe incluir un botón de sonido -que dé lectura a las distintas partes de la web institucional-.
- La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, establece que la comunicación incluirá "los lenguajes, la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso" (ONU).
- Colocación de señalética adecuada -táctil-.

5. Directrices técnicas para incorporar a los grupos de atención prioritaria, en situación de riesgo y/o vulnerabilidad en el Plan de Vacunación del Distrito Metropolitano de Quito

5.1 Registro

Dadas las posibles condiciones socio - económicas de esta población se identifican algunas probables limitaciones para la obtención de datos de identificación y de residencia que permitan su ubicación y el seguimiento adecuado para garantizar que accedan de manera exitosa al proceso de vacunación, es por ello que se propone que el proceso con esta población sea diferenciado. Dado que algunas de estas personas no tienen un domicilio permanente o acceso a algunos medios como líneas telefónicas convencionales, teléfonos celulares, mensajes de texto, radio e internet. Esta información deberá ser levantada a través de alianzas interinstitucionales y con la sociedad civil. Para ello se debe generar un sistema de registro compatible con el Sistema nacional de registro que permita que el MSP lo consolide.

5.2 Priorización

Se identifica la relevancia de considerar dentro de los grupos de atención prioritaria especificidades que deben ser analizadas en el marco de la interseccionalidad, esto implica una mirada desde las personas para identificar dentro de cada GAP quienes están expuestos/as a mayores situaciones de vulnerabilidad y/o riego y necesitan ser incorporados/as en el plan de vacunación. Se sugiere el siguiente orden:

- Identificar herramientas comunicativas que permitan solventar las brechas que pueden ocurrir sobre todo en las zonas rurales.
- Considerar que la información difundida debe ser sencilla.

Grupo de atención prioritaria	Priorización
1. Personas adultas mayores	1.1 Personas adultas mayores con enfermedades raras y catastróficas, con experiencia de vida en calle, en orden descendente de edad 1.2 Personas adultas mayores con discapacidad, con experiencia de vida en calle en orden descendente de edad 1.3 Personas adultas mayores con experiencia de vida en calle en orden descendente de edad 1.4 Personas adultas mayores de centros geriátricos financiados con recursos públicos 1.5 Personas adultas mayores con discapacidad en orden descendente en función del porcentaje de discapacidad y en orden descendente de edad 1.6 Personas adultas mayores con acceso al bono de desarrollo humano en orden descendente de edad 1.7 Personas adultas mayores trabajadoras remuneradas del hogar en orden descendente de edad 1.8 Personas adultas mayores de centros geriátricos financiados con recursos privados 1.9 Personas adultas mayores en orden descendente de edad
2. Personas con discapacidad, enfermedades raras, catastróficas y de alta complejidad	2.1 Personas con enfermedades raras y catastróficas con experiencia de vida en calle en orden descendente de edad 2.2 Personas con discapacidad con experiencia de vida en calle en orden descendente de porcentaje de discapacidad, y en orden descendente de edad 2.3 Personas con enfermedades raras y catastróficas en orden descendente de edad 2.4 Personas con discapacidad en orden descendente de porcentaje de discapacidad, y en orden descendente de edad
3. Personas privadas de libertad	Población privada de la libertad de los centros: 3.1 CPPL Femenino Pichincha No. 3 3.2 CRS Femenino Pichincha No. 3 3.3 CPPL Masculino Pichincha No. 1 3.4 CRS Masculino Pichincha No. 2 Entre esta población se deberá comenzar con aquellas personas adultas mayores y con quienes presentaren enfermedades raras, catastróficas y de alta complejidad y mujeres cuyos hijos se encuentren con ellas. **Nota:** Es necesario levantar información de los Centros de Adolescentes Infractores, para identificar si existe grupos de atención prioritaria y/o en situación de riesgo, que deben ser vacunados, cuya edad sea superior a los 18 años.
4. Personas en situación de movilidad	4.1 Personas extranjeras con experiencia de vida en calle en orden descendente de edad

humana	4.2 Personas migrantes retornadas[3] con experiencia de vida en calle en orden descendente de edad 4.3 Personas extranjeras trabajadoras remuneradas del hogar en orden descendente de edad 4.4 Personas migrantes retornadas trabajadoras remuneradas del hogar en orden descendente de edad
5. Personas con experiencia de vida en calle	5.1 Recicladores, habitantes de calle, personas en situación de mendicidad, trabajadoras sexuales, comerciantes informales. 5.2 Técnicas y técnicos que trabajan directamente con habitantes de vida en calle. Entre esta población se deberá comenzar con aquellas personas adultas mayores, personas con discapacidad y con quienes presenten enfermedades raras, catastróficas y de alta complejidad
6. Mujeres	6.1 Casas de acogida de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y en riesgo de femicidio 6.2 Mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia intrafamiliar en orden descendente de edad 6.3 Mujeres trabajadoras remuneradas del hogar en orden descendente de edad * Mujeres embarazadas y en período de lactancia en los casos médicos que se determine prioritario y seguro y bajo la consideración de los parámetros técnicos de las vacunas disponibles.
7. Personal técnico de casas de acogida de NNA y/o Centros de Adolescentes infractores	7.1 Profesionales que conforman los equipos técnicos que laboran en casas de acogida de niñas, niños y adolescentes - NNA, centros de adolescentes infractores. 7.2 Personal que convive con estos grupos de atención prioritaria.

5.3 Información

Las personas de los diferentes grupos de atención prioritaria, en situación de riesgo y/o vulnerabilidad deben conocer:

- Qué tipo de vacuna será aplicada, de acuerdo al grupo de atención prioritaria y a las especificaciones de quien produce la vacuna.
- La información sobre el tipo de vacuna que va a recibir la persona debe ser indicada en la notificación y el día de la vacunación.
- En los centros de vacunación las personas -al ser inmunizadas- tienen el derecho a observar que se cargue la jeringa con el contenido de la vacuna antes de ser vacunados.
- Si las vacunas tienen contraindicaciones para ciertos grupos de atención prioritaria con enfermedades específicas.
- Qué comprende el documento de consentimiento informado que deben

[3] El Reglamento de la Ley Orgánica de Movilidad Humana, numeral 2 del artículo 6, establece que "...Los ecuatorianos retornados, se considerarán como tales, por un lapso no mayor a dos (2) años."

firmar

- Entrega de certificado físico a los Grupos de atención prioritaria con información sobre: fecha de vacunación, lugar de vacunación, quién le inmunizó, el tipo de vacuna, lote de vacuna. En el caso de que sea la colocación de la primera dosis, también se deberá incluir la información sobre el turno de administración de la segunda dosis.

5.4 Accesibilidad

En cuanto a los requerimientos y adecuación de los espacios físicos, estos deberán prever:

- Adaptación de espacios destinados para la vacunación y el registro. Espacios adecuados que contemplen las condiciones climáticas para la espera de la población a vacunar, tomando en cuenta el distanciamiento y la disponibilidad de sillas. Además, prever que los espacios contemplen accesos como rampas, señalética. Asegurar la disponibilidad de agua y servicios sanitarios.
- Adecuación y/o adquisición de insumos específicos de cadena de frío acordes a la/s vacunas disponibles.
- Disponibilidad de elementos de protección para el personal que realizará las actividades de vacunación.
- Tecnología y conectividad necesarias para las tareas de registro y seguridad.
- Previsión de espacio seguro para la guarda de material descartable vinculado a la vacunación y su disposición luego del uso hasta el momento del retiro.
- Instalación de generadores eléctricos ante un corte de energía para evitar una pérdida excesiva de dosis.
- Tiempos reducidos de espera para que las y los ciudadanos comprendidos dentro de los grupos de atención prioritaria y en situación de riesgo y/o vulnerabilidad, dentro de las fases detalladas en este documento, puedan ser vacunados en tiempos adecuados, se deberá contactar con la persona beneficiaria y designar lugar, día y hora para la vacunación en el momento de registro.
- Organización de brigadas móviles para asistir a las personas adultas mayores, personas con discapacidad, que por su condición severa y/o extrema no tengan las condiciones de movilización en la zona urbana y rural.
- Coordinación con Gobiernos Autónomos Descentralizados parroquiales rurales y lideres comunitarios en zonas rurales para el registro de las personas adultas mayores y personas con discapacidad que no tengan acceso al registro establecido por el MSP.
- Reproducir audios que den lectura y expliquen el contenido de los documentos de consentimiento informado durante la espera, de tal manera que todas las personas presentes conozcan el contenido de los documentos que deberán suscribir.

5.5 Seguimiento

- El sistema de registro debe permitir contar con información actualizada de todas las personas inmunizadas para el seguimiento respectivo de fecha de aplicación de la segunda dosis y tipo de vacuna que debe ser administrada para evitar errores.
- Verificar los datos de contacto a los cuales se envía la información de las citas de vacunación, de tal manera que se garantice que esta información llegue de manera efectiva y oportuna a sus destinatarias y destinatarios[4].
- Que las personas puedan consultar y confirmar turnos de vacunación mediante mecanismos de comunicación adecuados y accesibles.
- Generar mecanismos y canales de denuncia frente a situaciones indebidas y nudos críticos que se presenten en el proceso de inmunización: registro, asignación de turnos, manejo de vacunas, mala atención, temas de corrupción, entre otros.

5.6 Transparencia y rendición de cuentas

- Constituir un comité que vigile que en el Plan de vacunación se incluyan criterios técnicos y científicos para el establecimiento de las priorizaciones dentro de los grupos de atención prioritaria que se identifican en el DMQ; que se cuenten con los recursos necesarios y suficientes para que sea implementado en el marco de los principios antes mencionados: debida gestión de los asuntos y bienes públicos, la integridad, la transparencia, la obligación de rendir cuentas, igualdad y no discriminación; y finalmente que exista una evaluación y socialización de resultados de su implementación.
- Este Comité debe contar con todas las facilidades para obtener información en el proceso de implementación del Plan de vacunación y su información debe ser publicada de manera permanente[5].
- El MDMQ debe revisar y/o generar, si fuera el caso, un código de conducta de las y los servidores públicos que trabajan en este tema, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de las funciones públicas.
- Generar un sistema y/o mecanismos que facilite a las y los servidores públicos y/o a la ciudadanía denunciar casos de corrupción.
- Rendir cuentas a la ciudadanía respecto a los resultados y limitaciones de este proceso.

[4] De manera oficial se conoce que existe un alto porcentaje de ausentismo, mismo que puede deberse en gran parte a que las personas no están siendo informadas de manera efectiva sobre sus citas de vacunación, al respecto existen varias denuncias ciudadanas.

[5] Es importante evitar lo que sucede a nivel nacional con la conformación del Comité de transparencia y funcionamiento, mismo que fue creado para vigilar todo el proceso de implementación de la vacunación. Sin embargo, se desconoce de las acciones que han realizado y no incorpora la participación amplia de varios actores (titulares, sociedad civil, entre otros) del Sistema Nacional de Equidad e inclusión social.

6. Conclusiones

- Las vacunas son el principal mecanismo para reducir el impacto de la Covid-19. Al existir una disponibilidad limitada, el plan de vacunación debe garantizar su distribución equitativa y el acceso a los grupos de atención prioritaria, luego de que haya sido atendido el personal de salud. Este Plan de Vacunación debe ser transparente, cumpliendo los parámetros médicos, para lo que se debe garantizar el control social en todo el ciclo de su implementación: planificación, entrega y evaluación.
- Como lo establece la Constitución del Ecuador y los tratados internacionales, existen grupos de atención prioritaria que deben ser tratados como tales en el Plan de Vacunación contra la Covid 19, lo cual es reconocido por la Organización Mundial de la Salud, quien señala que en un contexto epidemiológico de transmisión comunitaria, es necesario que se priorice la asignación de la vacuna por un principio de igualdad, respeto y equidad a los grupos sociodemográficos que corren un riesgo significativamente mayor de enfermar gravemente o de morir.
- El MSP cuenta con un plan de vacunación elaborado el 29-12-2020; sin embargo, en el marco de esta alianza con el MDMQ, no se identifica información sobre cuál es el plan que se implementará en el DMQ.
- El Plan nacional de vacunación publicado por el MSP no establece procedimientos de rendición de cuentas.
- La normativa vigente brinda los elementos necesarios para identificar aquellos grupos que por su condición se podrían encontrar en una situación de extrema vulnerabilidad, cuya realidad debe tener una respuesta especializada (aplicando acciones afirmativas) por parte del Estado, en el proceso de inmunización.

7. Recomendaciones

- Impulsar la conformación de un comité de transparencia, que cuente con la participación de diferentes actores de la academia y de la sociedad civil, que vigile el desarrollo, implementación y evaluación del Plan de Vacunación contra la Covid-19 en el Distrito Metropolitano de Quito. En este Comité deben participar los Consejos Consultivos de Derechos, quienes representan a los grupos de atención prioritaria en la Ciudad.
- El MDMQ debe contar con un plan de vacunación que evidencie cómo se ejecutará el proceso en el Distrito y que incorpore mecanismos de rendición de cuentas.
- Generar información que sea de fácil acceso, inclusiva y difundirla, sobre:
  - ¿Qué es la vacuna contra la COVID-19?
  - Tipos de vacunas -origen-
  - Contraindicaciones
  - Reacciones adversas -tipo de vacuna-
  - Qué implica el consentimiento informado
  - Qué documentos deben recibir una vez vacunados -especificar-
  - Información sobre los lugares de aplicación de la vacuna

- Canales de denuncia sobre la mala implementación del plan
- Tiempo de vacunación entre cada dosis – indicar el mecanismo de notificación-
- Qué efectos secundarios puede tener la vacuna
- Qué hacer en caso de un efecto secundario
- Canales oficiales para conocer el plan de vacunación
- Información sobre cada una de las fases del plan de vacunación -calendarización de las mismas-.
- Información sobre qué grupos de la población requieren un acompañante para acudir a la vacunación –adultos/as mayores, personas con discapacidad-.

- Implementar una comunicación inclusiva para cada fase del plan de vacunación -diversificación de medios de comunicación-.
- Garantizar la accesibilidad física en los puntos de vacunación.
- La pandemia de COVID-19 obligó a las escuelas y universidades a cerrar sus puertas, impactando a las y los estudiantes en diferentes maneras, la reapertura de los centros educativos debe realizarse en condiciones de seguridad e inclusión, que garanticen las medidas pertinentes para proteger la salud y el bienestar de la comunidad educativa, para ello se debe incluir en el Plan de Vacunación General a las y los docentes previo al retorno a las escuelas, pues de esta manera se garantiza el derecho a la educación de niñas, niños y adolescentes como grupos de atención prioritaria.

Elaborado por:

Firmado electrónicamente por:
DANIELA PAOLA PABON VENEGAS

Msc. Daniela Pabón Venegas
ANALISTA DE FPPTE **EQUIPO COORDINACIÓN TÉCNICA**

8. Cuadro de responsabilidad

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA	SIGLA UNIDAD	FIRMA
Revisado por:	SH	13-04-2021	CT	Firmado electrónicamente por: SILVANA JACQUELINE HARO RUIZ
Aprobado por:	VM	13-04-2021	SE	Firmado electrónicamente por: VERONICA PAULINA MOYA CAMPANA

9. Bibliografía

ACNUR. (n.d.). Retrieved marzo 30, 2021, from https://www.unhcr.org/ibelong/es/que-es-la-apatridia/

Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador (CRE)*.

CEPAL. (2020). *Pactos políticos y sociales para la igualdad y el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe en la recuperación pos-COVID-19*.

Chindambaram, V., Tun, N., Haque, W., Magelia, M., Sivakumar, R., & Kumar, A. (2020). *Factors associated with disease severity and mortality among patients with COVID-19*. Girish Chandra Bhatt, All india Institute of medical Sciences, Bhopal, INDIA. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241541

CNNUC. (2003). *Convención de Naciones Unidas contra la corrupción.*

Consejo de Discapacidades. (n.d.). *Accesibilidad de las personas al medio físico y señalización*. https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/normas_inen_acceso_medio_fisico.pdf

International Labour Organization. (2020, Abril). *Impact of lockdown measures on the informal economy*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/briefingnote/wcms_743523.pdf

Ministerio de Salud Chile. (2021). *FICHA DE VACUNACIÓN CONTRA SARS-COV-2*. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/VIGILANCIA-VACUNACION.pdf

Ministerio de Salud de Argentina. (2020). *PLAN ESTRATÉGICO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN LA REPÚBLICA ARGENTINA*. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-12/Plan%20Estrategico%20Vacunacion%20COVID-19%20%28final%29.pdf

Ministerio de Salud de Colombia. (n.d.). *ABECÉ DE LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19*.

OIM. (n.d.). https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion

ONU. (1951). *Recuperado el marzo de 30 de 2021, de https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2007/5754.pdf*. Retrieved Marzo 30, 2021, from https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2007/5754.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Estrategias y prácticas mundiales de inmunización sistemática (GRISP): documento complementario al Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP). Ginebra: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.*

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Hoja de ruta del SAGE de la OMS para el establecimiento de prioridades en el uso de vacunas contra la COVID-19 en un contexto de suministros limitados*.

Organización Mundial de la Salud. (2021, enero 8). *Agenda de Inmunización 2030*. Retrieved marzo 30, 2021, from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_14-sp.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Guía para elaborar un Plan nacional de despliegue y vacunación para las vacunas contra la COVID-19*. https://iris.paho.org/handle/10665.2/53238

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Orientaciones para determinar los grupos prioritarios y elaborar la microplanificación*. https://creativecommons.org/licenses/by-nc sa/3.0/igo/deed.es

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, & UNICEF. (2020). *Vacunas contra la COVID-19: Actividades de comunicación y participación de la comunidad*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53238/OPSCMUCOVID-19210001_spa%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Parohan, M., Yaghoubi, S., Seraji, A., Hassan, M., Sarraf, P., & Djalali, M. (2020). *Risk factors for mortality in patients with Coronavirus disease 2019 COVID 19 infection a systematic review and meta analysis of observational studies.pdf*. https://doi.org/10.1080/13685538.2020.1774748

Reyes, M. (n.d.). Retrieved marzo 30, 2021, from https://momostenangointercultural.weebly.com/uploads/2/3/4/0/23408540/articulo_mediacion_pedagogica.pdf

Word Health Organization. (2021). *Interim recommendations for use of the AZD12222 (ChAdOx1-S[recombinant]vaccine against COVID-19 developed bu Oxford University and AstraZeneca*. WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE-recommendation-AZD1222-2021.1-eng.pdf

World Health Organization. (2021). *Interim recommendations for the use of the Janssen Ad.26.COV2.S (COVID-19) vaccine*. WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE-recommendation-Ad26.COV2.S-2021.1-eng.pdf

World Health Organization. (2021). *Interim recommendations for use of the Moderna mRNA-1273 vaccine against COVID-19*. WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_recommendation-mRNA-1273-2021.1-eng.pdf

World Health Organization. (2021). *Interim recommendations for use of the Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine, BNT 162b2, under Emergency Use Listing*. WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_recommendation-BNT162b2-2021.1-eng.pdf