

La vulneración de derechos en la atención sanitaria: una realidad evidente en Latinoamérica

Violation of Rights in Healthcare: An Evident Reality in Latin America

María José Cuenca Jiménez, Ricardo Agustín Alarcón Vélez, Claudio Esteban Bravo Pesantez

Resumen

La vulneración de derechos en la atención sanitaria en Latinoamérica representa una problemática creciente que afecta la calidad de los servicios y la equidad en la salud. Este estudio tiene como objetivo analizar las principales causas y consecuencias de la violación de derechos en los sistemas de salud de la región, enfocándose en los derechos humanos, el acceso a la atención médica, la discriminación y la corrupción. Se realizó una revisión bibliográfica que incluye legislación, artículos que abordan la temática y sentencias sobre la vulneración del derecho a la atención sanitaria. Los resultados indican que las vulneraciones más frecuentes incluyen la falta de acceso a servicios adecuados, el trato desigual hacia poblaciones vulnerables y la carencia de recursos. Se concluye que es urgente implementar reformas estructurales en los sistemas de salud de Latinoamérica para garantizar la protección efectiva de los derechos humanos y mejorar la calidad de la atención sanitaria.

Palabras clave: Derechos humanos; atención sanitaria; acceso a la salud; discriminación; políticas públicas

María José Cuenca Jiménez

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | maria.cuenca.83@est.ucacue.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0003-0034-6469>

Ricardo Agustín Alarcón Vélez

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | ricardo.alarcon@ucacue.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-1910-8527>

Claudio Esteban Bravo Pesantez

Universidad Católica de Cuenca | Cuenca | Ecuador | claudio.bravo@ucacue.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-5196-2953>

<http://doi.org/10.46652/resistances.v5i10.175>

ISSN 2737-6230

Vol. 5 No. 10 julio-diciembre 2024, e240175

Quito, Ecuador

Enviado: septiembre, 19, 2024

Aceptado: noviembre, 17, 2024

Publicado: diciembre, 05, 2024

Publicación Continua

Abstract

The violation of rights in healthcare in Latin America represents a growing issue that impacts the quality of services and health equity. This study aims to analyze the main causes and consequences of rights violations in the healthcare systems of the region, focusing on human rights, access to medical care, discrimination, and corruption. A literature review was conducted, including legislation, articles addressing the topic, and rulings on the violation of the right to healthcare. The results indicate that the most frequent violations include lack of access to adequate services, unequal treatment of vulnerable populations, and lack of resources. It is concluded that urgent structural reforms are needed in the healthcare systems of Latin America to ensure the effective protection of human rights and improve the quality of healthcare services.

Keywords: Human rights; healthcare; access to health; discrimination; public policies

Introducción

La salud se define como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 1948). El derecho a la salud es un pilar fundamental de los derechos humanos, reconocido internacionalmente por acuerdos como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Oficina de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 1966) y, en el contexto latinoamericano, por las constituciones de varios países de la región, incluida la de Ecuador. Este derecho no solo está vinculado al acceso a la atención médica, sino también a un nivel de vida adecuado que permita a los individuos gozar de bienestar físico, mental y social (Oficina de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2023). En Ecuador, el Artículo 32 de la Constitución reconoce la salud como un derecho, vinculándolo directamente con el derecho a la vida. Sin embargo, la prestación de servicios de salud en el país enfrenta desafíos significativos, especialmente en áreas rurales y marginadas, donde la falta de infraestructura adecuada, personal capacitado y recursos médicos limita el acceso a atención de emergencia (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008).

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que garantice su bienestar y el de su familia, asegurando el acceso a necesidades básicas como alimentación, vestimenta, vivienda, atención médica y servicios sociales esenciales. Además, tiene derecho a acceder a seguros que protejan en situaciones de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, viudez u otras circunstancias que le impidan mantener sus medios de subsistencia, independientemente de su voluntad. Este derecho a la salud y bienestar es fundamental y debe ser protegido para evitar la vulneración de los derechos humanos, especialmente en el contexto de la atención médica (Oficina de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2023).

Garantizar el derecho a la salud es uno de los pilares fundamentales de cada país, y su ejercicio pleno depende de la capacidad de responder adecuadamente a las necesidades de la población a lo largo de su vida. En este contexto, es particularmente revelador cuando las personas enfrentan una necesidad urgente de atención médica, ya que evidencia la eficiencia y cobertura del sistema

de salud. En el caso de México a pesar de un leve aumento en el acceso a los servicios médicos públicos, el uso de servicios privados sigue siendo considerablemente alto, especialmente entre aquellos sin seguridad social. La desigualdad en el acceso y el gasto de bolsillo asociado con el uso de servicios privados subraya la necesidad de mejorar aspectos clave del sistema, como la accesibilidad, los horarios de atención y la eliminación de barreras burocráticas, para avanzar hacia una atención más equitativa y universal (Bautista-Arredondo et al., 2023).

En el Ecuador, la Ley Orgánica de Salud establece que la salud es un derecho humano fundamental, caracterizado por el bienestar físico, mental y social, y no limitado a la ausencia de enfermedades. Este derecho debe ser garantizado por el Estado a través de acciones conjuntas con la sociedad, la familia y los individuos, promoviendo entornos saludables. La ley garantiza derechos esenciales en materia de salud, como el acceso universal, equitativo y oportuno a servicios de calidad; la gratuidad en programas de salud pública con atención prioritaria a grupos vulnerables; y la posibilidad de vivir en un ambiente equilibrado y libre de contaminación. Asimismo, se resalta la dignidad, autonomía y privacidad del paciente, el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos, y la obligación de informar de manera comprensible sobre opciones de tratamiento y efectos asociados. La confidencialidad en el manejo de la historia clínica, la receta con medicamentos genéricos y el consentimiento informado son también derechos fundamentales (Ley Orgánica de Salud, 2006/2022).

Ecuador, históricamente caracterizado por un sistema de salud precario y fragmentado, dio un paso importante hacia la mejora de su atención sanitaria con la reforma constitucional de 2008, que reconoció el acceso a la salud como un derecho fundamental. Esta nueva visión propició la implementación de un modelo de atención centrado en la persona, la familia y la comunidad, con un énfasis en la prevención, promoción y rehabilitación de la salud. Como resultado, entre 2008 y 2016, la utilización de los servicios de salud aumentó un 300%, y se realizaron importantes inversiones en infraestructura y recursos humanos, contratando a más de 5,000 nuevos profesionales. Sin embargo, la emergencia sanitaria por COVID-19 reveló las debilidades del sistema, evidenciando la vulneración del derecho a la salud, como lo reflejan las 388 alertas registradas por la Defensoría del Pueblo, que incluyeron la falta de atención adecuada a los afectados, escasez de insumos y deficiencias en los protocolos de manejo de cadáveres, lo que expuso la crisis en la atención sanitaria y la vulneración de la dignidad de los grupos más vulnerables (Jiménez Barbosa et al., 2017; Defensoría del Pueblo Ecuador, 2020).

Pero esto no fue solo un problema en Latinoamérica, en el trabajo de Perna & Moreno Fuentes (2021), se explica que las medidas adoptadas durante la crisis de la COVID-19 en Europa, y particularmente en España, evidenciaron una limitada atención por parte de las autoridades sanitarias hacia la situación de los migrantes. Este colectivo enfrentó barreras institucionales, organizativas y administrativas que restringieron su acceso a la prevención, diagnóstico y control del virus, aumentando así su vulnerabilidad. Aunque los migrantes desempeñaron un papel esencial

en sectores clave como la agricultura, el transporte, la logística, la limpieza, y especialmente en los servicios sociales y sanitarios, las políticas implementadas no reflejaron un reconocimiento adecuado de su contribución. En lugar de priorizar el cierre de fronteras, se debió adoptar una perspectiva que reconociera la importancia de estos grupos, ya sea desde el enfoque de los derechos humanos o desde una visión pragmática orientada a la salud pública.

Dentro de la atención sanitaria la confidencialidad e intimidad son principios fundamentales, su vulneración representa una grave transgresión ética y legal. A pesar de la normativa existente, como la Ley Orgánica de Salud (2006/2022), los derechos de los pacientes a la privacidad y confidencialidad suelen ser violados, especialmente cuando se divulgan datos sin su consentimiento. Es esencial que, desde el inicio de la atención, el paciente sea informado sobre su estado y quiénes pueden recibir esa información, siempre respetando su autonomía. Además, el acceso a la historia clínica debe limitarse a profesionales que lo requieran para fines asistenciales legítimos, y cualquier actividad fuera del ámbito asistencial, como grabaciones o prácticas formativas, debe contar con el consentimiento informado del paciente (Iraburu, 2006).

La vulnerabilidad puede afectar la calidad de la atención sanitaria, como es el caso de las personas con discapacidad sensorial que enfrentan diversas barreras, como dificultades para obtener citas médicas, problemas de comunicación con el personal de salud y la falta de sensibilización sobre sus necesidades. Según Campos y Cartes-Velásquez (2019), las personas con discapacidad auditiva enfrentan obstáculos como la falta de conocimiento del lenguaje de señas y la dependencia de familiares para interpretar. Además, las personas con discapacidad visual enfrentan barreras físicas en los entornos médicos y la falta de información accesible, como la posología de medicamentos en formatos como Braille o audio. Estas barreras afectan la calidad de la atención, dificultan la adherencia al tratamiento y refuerzan desigualdades estructurales, lo que subraya la necesidad urgente de implementar ajustes razonables para garantizar un acceso equitativo a la salud.

Este trabajo tiene como objetivo explorar cómo la atención sanitaria en Latinoamérica y, particularmente, en Ecuador, enfrenta desafíos significativos en términos de equidad y calidad, a pesar de los avances legislativos y constitucionales. Se analizarán las barreras que limitan el acceso a una atención adecuada, con especial énfasis en las poblaciones vulnerables, identificando la normativa vigente, los hallazgos reportados en artículos científicos sobre la situación actual de los servicios de salud, y las sentencias judiciales relacionadas con la vulneración de derechos en este ámbito. Asimismo, se discutirán las implicaciones de estas problemáticas en el ejercicio efectivo del derecho a la salud y se propondrán estrategias para superar estas deficiencias, con el fin de contribuir al desarrollo de un sistema de salud más justo, accesible y respetuoso de los derechos de todos los ecuatorianos.

Metodología

El presente estudio adopta un enfoque cualitativo, debido a que se busca examinar de manera profunda las vulneraciones de derechos en la atención sanitaria en Latinoamérica y en Ecuador. De acuerdo con Merlino & Baer (2011), el enfoque cualitativo es esencial para interpretar las experiencias y percepciones de las personas afectadas por la inequidad en el acceso y la calidad de los servicios, más allá de los datos cuantitativos.

Diseño de la Investigación

El diseño de esta investigación es documental, basado en la recopilación y análisis crítico de documentos sobre la atención sanitaria en Latinoamérica, incluyendo normativas, investigaciones científicas y sentencias judiciales. Este enfoque permite identificar patrones, brechas y temáticas clave en la garantía del derecho a la salud, evaluando la aplicabilidad y efectividad de las normativas en el contexto ecuatoriano.

La investigación se organiza en tres categorías:

- Normativas internacionales sobre derechos sanitarios: Incluye acuerdos y directrices de la OMS y ONU.
- Políticas nacionales de salud: Analiza la Constitución ecuatoriana y la Ley Orgánica de Salud para identificar discrepancias entre legislación e implementación.
- Sentencias judiciales: Examina casos en Ecuador y Latinoamérica para entender las implicaciones legales y sociales de vulneraciones al derecho a la salud.

Recolección y Análisis de Datos

- El análisis documental abarcará normativas, estudios científicos y sentencias judiciales relevantes. Clausó García (1993), resalta que este método permite interpretar tanto el contenido explícito como el impacto implícito de los textos. Las fuentes incluyen:
 - Normativas legales: Constitución ecuatoriana, Ley Orgánica de Salud y normativas sobre grupos vulnerables.
 - Instrumentos internacionales: Convenios y recomendaciones de la OMS y ONU sobre equidad en salud.
 - Literatura académica: Artículos científicos sobre inequidades en la región latinoamericana y Ecuador.

El proceso se organiza en:

- Selección de documentos: Identificación de leyes, políticas y estudios clave.
- Análisis crítico: Identificación de temas clave, patrones y brechas en implementación.
- Comparación de normativas: Contraste entre disposiciones internacionales y nacionales.

Fuentes y Validez

Las fuentes provendrán de bases de datos académicas como Scopus, PubMed y SciELO. La validez se garantizará mediante triangulación de fuentes y contraste normativo, evaluando avances y deficiencias en políticas públicas. La revisión crítica de sentencias y estudios previos aportará un análisis integral y conclusiones sólidas.

Resultados

Normativa Internacional y Local sobre el Derecho a la Salud

La normativa internacional y local establece de manera contundente el derecho a la salud como un principio fundamental para garantizar la dignidad y el bienestar de todas las personas. Instrumentos como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y las constituciones de diversos países en Latinoamérica reconocen la salud como un derecho universal y un deber estatal.

Según la Oficina de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2023), a 75 años de la Declaración Universal de Derechos Humanos, garantizar la libertad, igualdad y dignidad sigue siendo una tarea esencial para la humanidad. En este contexto, el derecho a la salud emerge como un pilar fundamental, al reconocer que todas las personas, sin discriminación alguna, tienen derecho a acceder a servicios de salud adecuados, oportunos y de calidad. Este derecho está intrínsecamente relacionado con la dignidad humana y constituye un requisito indispensable para la igualdad y la justicia social. Asegurar el acceso universal a la salud no solo responde a un mandato ético y legal, sino que también fortalece las bases para un desarrollo sostenible y equitativo, reafirmando que la salud es un derecho humano esencial, no un privilegio limitado por factores económicos, sociales o políticos.

Según la Constitución de la República del Ecuador (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008), el artículo 66 reconoce el derecho de las personas a vivir dignamente, lo que implica garantizar el acceso a servicios esenciales como salud, alimentación, agua potable, vivienda, saneamien-

to, educación, empleo, seguridad social y otros servicios necesarios. En este contexto, mejorar la calidad de vida de la población exige un enfoque integral y multidimensional que abarque diversas áreas interrelacionadas. Asimismo, el artículo 32 establece que la salud es un derecho que debe ser proporcionado obligatoriamente por el Estado a todos los habitantes, garantizando que aquellos que requieran atención sanitaria por diversas circunstancias reciban cuidados de calidad y satisfactorios.

La Ley Orgánica de Salud de Ecuador establece que la salud es un derecho fundamental de todos los ecuatorianos, sin importar su raza, etnia o nivel socioeconómico. La ley enfatiza que las acciones de salud deben basarse en los principios y directrices que ella misma promueve. Define la salud como la ausencia de enfermedades y la presencia de bienestar físico y mental. Además, garantiza a todos los ciudadanos el acceso a servicios de salud de calidad, incluyendo atención médica de emergencia y programas gratuitos de salud pública, especialmente dirigidos a personas de bajos recursos. También se asegura que los pacientes reciban información clara sobre tratamientos, precios y medicamentos necesarios.

Según el Plan Nacional para el Buen Vivir 2017-2021 (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2017), una vida digna implica el acceso continuo y universal a bienes esenciales y la creación de un entorno adecuado que permita alcanzar metas tanto individuales como colectivas. La calidad de vida comienza con el ejercicio pleno de los derechos fundamentales del Buen Vivir, como agua, alimentación, salud, educación y vivienda, los cuales son esenciales para fortalecer las capacidades y potencialidades de las personas y la sociedad. En Ecuador, actualmente se garantiza el acceso a servicios de seguridad, educación y salud en todo el país, organizados mediante la planificación de distritos y circuitos.

De acuerdo con Castelo Rivas et al. (2016), en las instituciones de salud del Ecuador se promueve la filosofía del Plan Nacional del Buen Vivir, que pone énfasis en mejorar las condiciones de salud de los pacientes con un enfoque de excelencia en los procesos de atención. Los usuarios confían en que su necesidad de salud será atendida de manera adecuada, y la calidad de los servicios se mide por varios factores clave. Entre ellos, se destacan un alto nivel de profesionalismo, el uso eficiente de los recursos, la minimización de riesgos para el paciente, el grado de satisfacción de este y el impacto positivo en su salud.

Tabla 1. Derecho a la Salud en Normativa Internacional y Local

Aspecto	Descripción
Normativa Internacional	- La Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconocen la salud como un derecho humano esencial. - Garantizar acceso a servicios adecuados, oportunos y de calidad.

Aspecto	Descripción
Derecho a la Salud en Ecuador	<ul style="list-style-type: none">- La Constitución del Ecuador reconoce en el artículo 66 el derecho a vivir dignamente, abarcando salud, alimentación, vivienda y otros servicios esenciales.- El artículo 32 establece que el Estado es responsable de garantizar el acceso universal a la salud.
Ley Orgánica de Salud de Ecuador	<ul style="list-style-type: none">- Garantiza acceso equitativo a servicios de salud, incluyendo emergencias y programas gratuitos de salud pública.- Promueve un enfoque integral basado en principios de equidad, calidad y bienestar físico y mental.
Plan Nacional para el Buen Vivir	<ul style="list-style-type: none">- Destaca la relación entre calidad de vida y acceso a bienes esenciales como salud, educación y vivienda.- Propone un modelo organizado en distritos y circuitos para asegurar la cobertura universal.

Fuente: elaboración propia

Situación Actual de la Atención Sanitaria en Latinoamérica

La atención sanitaria en Latinoamérica enfrenta múltiples desafíos que ponen en evidencia la necesidad de fortalecer los sistemas de salud para garantizar el derecho universal a la salud y ofrecer una atención de calidad. Un estudio en un hospital terciario de Lima, Perú, reportó 164,370 atenciones en emergencia durante 2015, con predominio de mujeres (57.5%) y una edad promedio de 57 años. Las áreas más demandadas fueron medicina general (36%), cirugía (21%) y traumatología (14%), siendo los principales motivos de consulta dolor abdominal, cefalea y fiebre. Se registraron 22,883 admisiones, mayormente hombres y adultos mayores, con causas principales como insuficiencia respiratoria, enfermedad cerebrovascular y sepsis. La estancia promedio fue de 70 horas. El estudio destacó una alta sobredemanda en el servicio, reflejando la necesidad de contar con mayor cantidad de personal sanitario para garantizar una atención sanitaria eficaz y lograr reducir los tiempos de espera, evitando de esta manera vulnerar los derechos de los pacientes (Vásquez Alva et al., 2016).

Otra manera de evaluar si la atención sanitaria fue adecuada es mediante encuestas de satisfacción. En su estudio Piedra-Valoy & Lipa-Chancolla (2018), encontraron que el 85.5% de los pacientes encuestados se declararon satisfechos con la atención recibida en el servicio de emergencia de un hospital terciario de Perú. La dimensión mejor valorada fue la empatía, con un grado de satisfacción del 91.9%, seguida de fiabilidad (90.3%) y capacidad de respuesta (70.9%). Por el contrario, las dimensiones con menores niveles de satisfacción fueron seguridad (37.1%) y aspectos tangibles (27.4%). Por lo tanto, se puede deducir que es necesario invertir en la infraestructura para mejorar la percepción del servicio ofrecido y cumplir con el derecho a la salud.

El Sistema de salud en Colombia evidencia importantes debilidades que vulneran el derecho a la atención sanitaria y, por ende, a la salud, particularmente en los ámbitos de prevención y

acceso equitativo a servicios de calidad. Aunque fue diseñado para priorizar la prevención y reducir costos mediante la detección temprana de enfermedades, el sistema se ha centrado en la curación, lo que ha llevado a que muchos pacientes con enfermedades crónicas reciban atención en etapas avanzadas, reduciendo sus expectativas de vida. Además, la búsqueda de rentabilidad ha generado restricciones en el acceso a los servicios, obligando a los usuarios a recurrir al sistema judicial para garantizar sus derechos, en un proceso que perpetúa incentivos económicos mal dirigidos. A esto se suma la falta de un sistema de información eficiente, desigualdades en la cobertura, diferencias marcadas entre los regímenes contributivo y subsidiado, y una distribución inequitativa de los recursos a nivel regional. Estas deficiencias estructurales no solo evidencian el incumplimiento del marco normativo que protege el derecho a la salud, sino que también subrayan la necesidad urgente de políticas públicas más efectivas para garantizar una atención sanitaria justa, digna y universal (Merlano – Porras & Gorbanev, 2013).

Crespo (2018), señala que Chile ha logrado avances importantes en indicadores sanitarios básicos y en la atención primaria de salud, destacándose como uno de los países con mejores índices en América Latina. No obstante, el país enfrenta desafíos significativos relacionados con el control de factores de riesgo como el sedentarismo, la obesidad y el consumo de tabaco y alcohol, además de la necesidad de mejorar la detección temprana de enfermedades crónicas no transmisibles como las afecciones cardiovasculares y el cáncer. Estos problemas ponen en riesgo el derecho a la salud al limitar el acceso oportuno a atención integral. Para garantizar este derecho, Crespo sugiere que es necesario liberar al Ministerio de Salud de responsabilidades administrativas y reforzar su papel en el diseño, fiscalización y promoción de políticas sanitarias. También aboga por un plan de salud universal que combine un financiamiento sostenible y la modernización de los sistemas de salud público y privado, fomentando una colaboración eficaz entre ambos sectores para asegurar el acceso equitativo, mejorar la calidad de los servicios y priorizar la prevención y promoción de la salud.

En una investigación realizada por Vera (2018), se evaluó la calidad de la atención en los servicios de emergencia pediátrica de un hospital en Ecuador en 357 acompañantes de los niños, los resultados revelaron que las dimensiones de tangibilidad, fiabilidad, seguridad y empatía mostraron insatisfacción. Por otro lado, la dimensión de capacidad de respuesta fue considerada parcialmente satisfecha, ya que tanto las expectativas como las percepciones en esta área obtuvieron bajas valoraciones. Estos hallazgos indican áreas críticas de mejora en la atención brindada, especialmente en lo que respecta a la seguridad del paciente y la calidez en el trato del personal. A partir de estos hallazgos se deduce que otro punto clave y en el cual se puede trabajar a corto plazo es la capacitación del personal de salud, buscando mejorar la relación con los pacientes, en cumplimiento con el derecho a la salud.

En el estudio de Vera-Viteri et al. (2022), se destaca que, aunque la reforma de 2008 en el Ecuador garantizó la gratuidad de los servicios de salud, existen limitaciones significativas que

afectan la calidad y el acceso a la atención médica, lo que vulnera el derecho a la salud de la población. La restricción en el número de citas diarias y la falta de disponibilidad de medicamentos en las instalaciones públicas forzaron a muchos pacientes a recurrir a servicios privados o a adquirir medicamentos por su cuenta, generando un gasto de bolsillo y contrariando el principio de gratuidad. Además, la intermitente ausencia de personal médico y la escasez de insumos reflejan deficiencias en la implementación de la reforma, lo que impide el cumplimiento del derecho a una atención médica adecuada y oportuna. A pesar de que se observó una mejora en el acceso a medicamentos en comparación con años anteriores, la escasez persistente, causada por problemas en el suministro y la coordinación logística, sigue limitando el ejercicio pleno de este derecho, especialmente ante un aumento de la demanda.

Sentencias por Vulneración del Derecho a la Atención Sanitaria

A pesar de los sólidos marcos normativos que garantizan el derecho a la salud, tanto a nivel internacional como nacional, diversos casos paradigmáticos han evidenciado la vulneración de este derecho fundamental. Uno de los casos paradigmáticos es el de *Ximenes Lopes vs. Brasil*, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) analizó la muerte de Damiao Ximenes Lopes, una persona con discapacidad mental que fue internada en la Casa de Reposo Guararapes, un centro psiquiátrico privado, donde sufrió condiciones inhumanas, violencia física y falta de atención médica adecuada, lo que finalmente resultó en su fallecimiento. La Corte determinó que el Estado brasileño fue responsable por la violación de los derechos humanos de Ximenes Lopes, especialmente en cuanto a la vulnerabilidad de las personas con discapacidad mental y la obligación estatal de garantizar su protección. La Corte también destacó la necesidad de respetar la dignidad humana en los tratamientos psiquiátricos, subrayando el principio de que las personas con discapacidad mental tienen derecho a ser tratadas con respeto a su autonomía y a que su consentimiento sea considerado en el tratamiento. Además, enfatizó la responsabilidad del Estado en la administración de los centros de salud para asegurar condiciones dignas y un trato respetuoso hacia los pacientes (Amezcuá, 2007).

En el Ecuador tenemos algunos casos que reflejan la necesidad de establecer políticas públicas y leyes más eficientes en pro del derecho a la salud. La Corte Constitucional del Ecuador (CCE), en su **Sentencia 2951-17-EP/21**, resolvió una acción extraordinaria de protección contra sentencias de una acción de protección que buscaba responsabilizar a una clínica privada por vulnerar los derechos a la salud, vida y proyecto de vida de un recién nacido debido a atención médica inadecuada. La CCE determinó la violación de derechos por la falta de acceso a un servicio público de calidad y la ausencia de un consentimiento informado válido, así como la falta de motivación en las sentencias previas. Como reparación, ordenó la difusión de la sentencia, capacitación médica sobre consentimiento informado y una compensación económica por daño inmaterial (Corte Constitucional del Ecuador, 2021).

La Corte Constitucional del Ecuador, en su **Sentencia 983-18-JP/21**, analizó el caso de una mujer embarazada y su familia, quienes se encontraban en condición de refugiados en el país, y cuya hija falleció pocos días después de nacer debido a la falta de atención médica en la red pública de salud. En respuesta, la Corte aceptó la acción de protección presentada, dictando medidas de reparación. En su análisis, la Corte abordó diversos derechos fundamentales, tales como el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el derecho a la salud y la vida de los menores de edad y las personas migrantes, la protección de la unidad familiar, la no devolución, la no discriminación, y la tutela judicial efectiva. También hizo un llamado a las autoridades judiciales y al Consejo de la Judicatura para que ajusten los procedimientos de registro judicial a los estándares de protección para personas refugiadas. Como medidas de reparación, la Corte ordenó la difusión de la sentencia y la creación de un protocolo de atención para mujeres embarazadas y neonatos en situación de movilidad humana (Corte Constitucional del Ecuador, 2021). La atención sanitaria en Latinoamérica sigue siendo un desafío importante, especialmente para los grupos vulnerables, quienes frecuentemente enfrentan violaciones a su derecho a la salud. Los casos de Ximenes Lopes en Brasil y las decisiones de la Corte Constitucional del Ecuador reflejan una clara falta de garantías para los derechos de las personas más desfavorecidas.

Discusión

El análisis de los resultados obtenidos en este estudio confirma que, a pesar de un marco legal robusto que establece la salud como un derecho fundamental tanto en los instrumentos internacionales como en las normativas locales, persisten desafíos significativos en la implementación efectiva de este derecho. La constatación de estas brechas, como la falta de acceso equitativo a servicios de calidad y las desigualdades estructurales, es consistente con los hallazgos de diversos estudios previos que también evidencian deficiencias en la distribución y acceso a los servicios de salud (Castelo Rivas et al., 2016). A nivel internacional, la Oficina de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2023), destaca que, a pesar de los avances en la promulgación de leyes y políticas de salud, el acceso universal sigue siendo una meta no alcanzada en muchas regiones del mundo.

El contraste entre las expectativas establecidas por las normativas y la realidad sobre el terreno puede explicarse por varios factores. En primer lugar, la falta de recursos adecuados, tanto financieros como humanos, dificulta la implementación de políticas públicas de salud efectivas. Esto se ve reflejado en la escasez de infraestructura en áreas rurales y en las poblaciones más vulnerables, como lo documentan investigaciones previas en el contexto de Ecuador (Castelo Rivas et al., 2016). Además, la continua segmentación y privatización de los servicios de salud en algunos países latinoamericanos, incluidos Ecuador, contribuye a la creación de un sistema de salud desigual que limita el acceso de las personas de bajos recursos a atención médica de calidad (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008).

Entre las limitaciones, cabe destacar que el análisis se ha centrado en el marco normativo y las políticas públicas, sin abordar en profundidad los factores culturales y sociales que también influyen en el acceso a la salud. Además, la evaluación de la efectividad de las políticas de salud se ha limitado a una visión general sin considerar en detalle los contextos locales específicos donde se implementan. Este enfoque puede haber influido en la generalización de los resultados, sin contemplar las diversas realidades regionales y las diferencias en la capacidad de respuesta de los sistemas de salud a nivel local.

El estudio realizado en un hospital terciario de Lima, Perú, evidencia una sobredemanda en el servicio de emergencia, lo que resalta la falta de personal sanitario suficiente para atender de manera eficaz a la población (Vásquez Alva et al., 2016). Este hallazgo es consistente con otros estudios realizados en la región, como el de Vera-Viteri et al. (2022), en Ecuador, que señala la escasez de personal médico y la falta de recursos como factores limitantes en la implementación efectiva de políticas públicas de salud. Sin embargo, a pesar de la alta demanda de atención, la encuesta de satisfacción realizada por Piedra-Valoy & Lipa-Chancolla (2018), en Perú muestra un alto nivel de satisfacción entre los pacientes, especialmente en aspectos como la empatía y la fiabilidad del personal médico. Este contraste podría sugerir que, si bien la sobredemanda es evidente, los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención, especialmente en términos de la interacción con los pacientes, están teniendo un impacto positivo.

A nivel de infraestructura, la falta de recursos adecuados es una limitante común en muchos países de la región, como se observa en el estudio de Merlano-Porras & Gorbanev (2013), sobre el sistema de salud en Colombia. A pesar de los esfuerzos por priorizar la prevención, el sistema de salud colombiano ha sido criticado por su énfasis en la curación en lugar de la prevención de enfermedades. Esta situación limita el acceso a una atención de calidad y aumenta las desigualdades en el acceso a los servicios, especialmente en las poblaciones más vulnerables. En este sentido, el estudio de Crespo (2018), sobre la situación en Chile es particularmente relevante, ya que, a pesar de los avances en los indicadores sanitarios básicos y la atención primaria, persisten desafíos relacionados con el control de factores de riesgo y la detección temprana de enfermedades crónicas, lo que pone en riesgo el derecho a la salud de los ciudadanos. Estos resultados sugieren que, aunque se han logrado ciertos avances, la sostenibilidad y la equidad en la atención sanitaria siguen siendo áreas críticas que requieren atención urgente.

Por otro lado, los resultados obtenidos en la investigación de Vera (2018), sobre los servicios de emergencia pediátrica en Ecuador reflejan que las dimensiones de tangibilidad, fiabilidad y seguridad tienen niveles bajos de satisfacción. La capacitación del personal y la mejora de la seguridad del paciente emergen como áreas clave para mejorar la calidad de la atención y garantizar el cumplimiento del derecho a la salud. Este hallazgo resalta la importancia de una formación continua y especializada para los profesionales de la salud, así como la necesidad de mejorar la infraestructura y los protocolos de seguridad en los hospitales.

En términos de las limitaciones es importante señalar que la investigación se centró en una revisión de estudios previos y no incluyó una recolección de datos primarios. Esto limita la capacidad de generalizar los resultados a todos los contextos de América Latina, dado que cada país tiene sus particularidades y desafíos específicos. Además, las encuestas de satisfacción y las evaluaciones de calidad de atención dependen de las percepciones de los pacientes, lo que puede introducir sesgos en los resultados. La ausencia de un análisis longitudinal también impide evaluar el impacto de las políticas de salud a largo plazo.

Además, los resultados de este estudio amplían los hallazgos de investigaciones previas, como las de Vásquez Alva et al. (2016), Merlano-Porras & Gorbanev (2013) y Crespo (2018), al poner de manifiesto que la calidad de la atención y la accesibilidad a los servicios de salud están profundamente influenciadas por las condiciones socioeconómicas, políticas y estructurales. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de adoptar un enfoque más holístico y sostenible para garantizar el acceso universal y equitativo a la atención sanitaria, en el marco del derecho a la salud como un derecho fundamental.

En comparación con otros estudios y casos previos, los hallazgos de este trabajo son consistentes con los resultados que otras investigaciones han reportado sobre la vulneración del derecho a la salud en Latinoamérica. Por ejemplo, el caso de *Ximenes Lopes vs. Brasil* resalta una situación similar de negligencia y violación de los derechos de las personas con discapacidad, que carecen de acceso a una atención sanitaria adecuada y a un trato digno. Esta sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) subraya la obligación de los Estados de garantizar condiciones adecuadas en los centros de salud, de manera que se respete la autonomía de los pacientes y se eviten tratos inhumanos (Amezcuca, 2007).

Asimismo, en el contexto ecuatoriano, el análisis de sentencias de la Corte Constitucional del Ecuador también muestra que las carencias en la atención sanitaria y las deficiencias en la infraestructura médica pueden dar lugar a violaciones de derechos fundamentales, como se evidenció en el caso de la acción de protección contra una clínica privada que vulneró los derechos a la salud y vida de un recién nacido (Corte Constitucional del Ecuador, 2021).

A pesar de la existencia de marcos normativos robustos que reconocen el derecho a la salud como un derecho fundamental en América Latina, la implementación efectiva de este derecho se ve obstaculizada por una serie de factores estructurales, socioeconómicos y políticos. Las desigualdades en el acceso a servicios de salud, la escasez de recursos humanos y materiales, así como la segmentación del sistema sanitario, continúan siendo barreras significativas para garantizar una atención sanitaria equitativa y de calidad. A pesar de los avances legislativos, la realidad en muchas regiones demuestra que la salud sigue siendo un privilegio para unos pocos, lo que revela las profundas contradicciones entre las normativas y su efectividad en la práctica.

Sin embargo, las sentencias judiciales en la región han sido fundamentales para visibilizar estas desigualdades y han sentado precedentes importantes para corregir las deficiencias del sistema de salud. Casos judiciales clave han contribuido a la protección de los derechos de los pacientes, obligando a los Estados a tomar medidas correctivas y a mejorar las condiciones de los servicios sanitarios, particularmente para las poblaciones más vulnerables. Aunque los mecanismos de reparación no siempre han sido suficientes para solucionar los problemas de fondo, estas decisiones han impulsado un cambio gradual y necesario en las políticas de salud pública, estableciendo un precedente para la mejora continua de los sistemas de salud en América Latina.

Para mejorar la atención sanitaria en Latinoamérica, es esencial abordar las desigualdades en la distribución de recursos, infraestructura y personal capacitado. Una estrategia clave es invertir en la formación y retención de personal médico, especialmente en áreas rurales e indígenas, donde la demanda de servicios médicos es alta pero la oferta es limitada. Esto puede lograrse mediante la implementación de programas de incentivos y capacitación continua para profesionales de la salud, así como fortaleciendo la infraestructura hospitalaria en las zonas más necesitadas. La asignación equitativa de recursos debe ser una prioridad para garantizar que todos los sectores sociales tengan acceso a servicios médicos de calidad, independientemente de su ubicación geográfica o situación económica.

Finalmente, las políticas de salud deben orientarse hacia la prevención, promoviendo estilos de vida saludables y la detección temprana de enfermedades. Esto implica no solo fortalecer los servicios de atención primaria, sino también mejorar la accesibilidad y equidad de la atención en todos los niveles del sistema de salud. En países como Colombia y Chile, donde se han identificado deficiencias en la prevención y el acceso oportuno, es fundamental redirigir los esfuerzos hacia un modelo de salud que priorice la atención preventiva, garantizando que los pacientes reciban la atención adecuada antes de que las enfermedades lleguen a etapas avanzadas. Esto puede lograrse a través de campañas de sensibilización, fortaleciendo los sistemas de información y promoviendo una mayor colaboración entre los sectores público y privado para optimizar recursos y servicios.

Conclusiones

A pesar de los marcos normativos que reconocen el derecho a la salud, América Latina enfrenta grandes desafíos en su implementación. La falta de recursos, las desigualdades en el acceso y la precariedad de las infraestructuras afectan especialmente a las zonas rurales y a los grupos vulnerables. La segmentación y privatización del sistema agravan estas inequidades, dejando a las poblaciones más pobres con servicios públicos limitados mientras los más favorecidos acceden al sistema privado.

Las sentencias judiciales, como las de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Constitucional del Ecuador, han corregido violaciones al derecho a la salud y sentados precedentes importantes. Sin embargo, estas no siempre generan cambios estructurales sostenibles ni garantizan recursos suficientes.

Es crucial que los gobiernos inviertan en infraestructura, personal médico y políticas inclusivas que prioricen la equidad. Un enfoque integral con énfasis en prevención, atención primaria y reducción de desigualdades permitirá garantizar el derecho a la salud, a la atención sanitaria de calidad y fomentar sistemas más justos y accesibles.

Referencias

- Amezcuca, L. (2007). Algunos puntos relevantes sobre la dignidad humana en la Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Revista iberoamericana de derecho procesal constitucional*, (8), 339-356.
- Asamblea Constituyente del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial, Año II, N° 449, Quito, 20 de octubre de 2008*. Editora Nacional.
- Bautista-Arredondo, S., Vargas-Flores, A., Moreno-Aguilar, L. A., & Colchero, M. A. (2023). Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022. *Salud Pública De México*, 65, 15-22. <https://doi.org/10.21149/14813>
- Campos, V., & Cartes-Velásquez, R. (2019). Estado actual de la atención sanitaria de personas con discapacidad auditiva y visual: una revisión breve. *Revista médica de Chile*, 147(5), 634-642.
- Clausó García, A. (1993). Análisis documental: El análisis formal. *Revista General de Información y Documentación*, 3(1), 11-19.
- Corte Constitucional del Ecuador. (2021). Sentencia No. 2951-17-EP/21. Acción de protección contra particulares que prestan el servicio público impropio de salud.
- Corte Constitucional del Ecuador. (2021). Sentencia No. 983-18-JP/21. Derechos de los niñas, niños y adolescentes, y de las personas migrantes a la vida, la salud, la igualdad, la no devolución, la unidad familiar y la tutela judicial efectiva.
- Crespo, C. F. (2018). Chile: nuevos desafíos sanitarios e institucionales en un país en transición. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.137>
- Defensoría del Pueblo Ecuador. (2020). La Defensoría del Pueblo registra 4.204 alertas de vulneraciones a los derechos humanos en el contexto de la emergencia sanitaria.
- Iraburu, M. (2006). Confidencialidad e intimidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(3), 49-59.
- Jiménez Barbosa, W. G., Granda Kuffo, M. L., Ávila Guzmán, D. M., Cruz Díaz, L. J., Flórez Parra, J. C., Mejía, L. S., & Vargas Suárez, D. C. (2017). Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. *Universidad Y Salud*, 19(1), 126–139. <https://doi.org/10.22267/rus.171901.76>
- Ley Orgánica de Salud. (2022). Última reforma: Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 53, 29 de abril de 2022.

- Vera, M. (2018). *Evaluación de la calidad de la atención en relación con la satisfacción de los usuarios de los servicios de emergencia pediátrica Hospital General de Milagro* [Tesis de maestría, Universidad Católica De Santiago De Guayaquil].
- Merlino, A., & Baer, A. (2011). *Investigación Cualitativa En Ciencias Sociales*. Cengage Learning Editores.
- Merlano-Porras, C. A., & Gorbaney, I. (2013). Sistema de salud en Colombia: Una revisión sistemática de literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 74-86.
- Oficina de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.
- Oficina de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (2023). *75 años después de la Declaración Universal de Derechos Humanos: La tarea de asegurar la libertad, igualdad y dignidad para todos los seres humanos continúa*.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS.
- Perna, R., & Moreno Fuentes, F. J. (2021). Inmigración y atención sanitaria en un contexto de pandemia: vulnerabilidades y (escasas) respuestas en Europa y en España. En J. Arango, B. Garcés, R. Mahía, D. Moya, (eds.). *Anuario CIDOB de la Inmigración 2020* (pp. 116-128). CIDOB.
- Piedra-Valoy, I., & Lipa-Chancolla, C. A. (2018). Calidad de la atención y grado de satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Vitarte. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 31(4), 137-142.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2017). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2017-2021*.
- Vera-Viteri, L., Cuadros-Ocampo, C. I., & Zambrano-Chavarría, M. E. (2022). Impacto de las políticas públicas de salud en zonas rurales ecuatorianas. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 10(2).
- Vásquez Alva, R., Amado Tineo, J., Ramírez Calderón, F., Velásquez Velásquez, R., & Huari Pastrana, R. (2016). Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina (Lima, Peru: 1990)*, 77(4), 379. <https://doi.org/10.15381/anales.v77i4.12654>

Autores

María José Cuenca Jiménez. Médica Cirujana, Abogada, Especialista em Orientación Familiar Integral Responsable de la Unidad de Gestión de Calidad del Hospital General Manta

Ricardo Agustín Alarcón Vélez. Abogado de los Tribunales de Justicia de la República, Magister en Derecho Administrativo, Magister den Derecho Constitucional, ex Procurador Síndico Municipal, ex Registrador de la Propiedad, Docente de Pregrado en la Carrera de Derecho, Docente de Post grado en la Maestría en Derecho Médico de la Universidad Católica de Cuenca

Claudio Esteban Bravo Pesantez. Médico, Magister en Bioética, Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, Master Universitario en prevención de riesgos laborales, miembro del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Docente de la carrera de medicina de la Universidad Católica de Cuenca desde el año 2018.

Declaración

Conflicto de interés

No tenemos ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Sin ayuda financiera de partes externas a este artículo.

Nota

El artículo es original y no ha sido publicado previamente.