

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Sede-Ibarra

ESCUELA DE JURISPRUDENCIA

TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA:

EL DERECHO A LA SALUD FRENTE AL COVID-19: ANÁLISIS SOCIO
JURÍDICO EN IBARRA DURANTE EL PERIODO MARZO-SEPTIEMBRE 2020

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ABOGADA:

LÍNEA/S DE INVESTIGACIÓN:

POLÍTICA Y DERECHO PARA LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y EL
ESTABLECIMIENTO DE LAS RELACIONES JUSTAS

AUTOR/A: DANIELA VACA ASESOR: ASESOR/A: DR. HENRY FRANCO

CONTENIDO

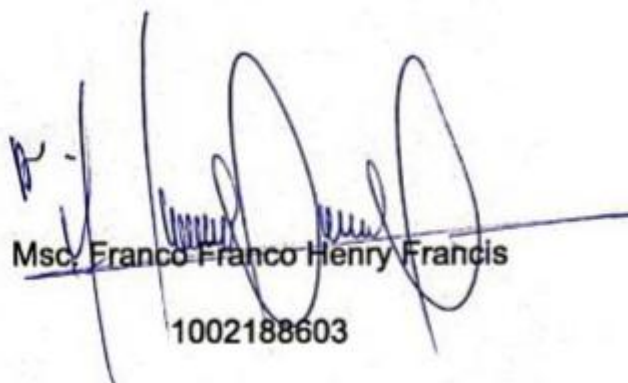
1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVES.....	7
2. ABSTRACT	8
3. INTRODUCCIÓN.....	9
4. ESTADO DEL ARTE	13
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	30
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	31
7. CONCLUSIONES.....	46
8. RECOMENDACIONES	47
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

Ibarra, 3 de junio del 2022

Mgs. Franco Franco Henry Francis
ASESOR

CERTIFICA:

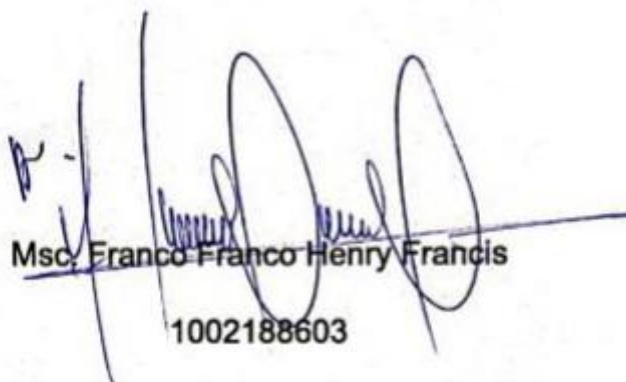
Haber revisado el Trabajo de Titulación, el mismo que se ajusta a las normas vigentes en la Escuela Derecho, de la Pontifica Universidad Católica Sede Ibarra (PUCESI): en consecuencia, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.



Msc. Franco Franco Henry Francis
1002188603

PÁGINA DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

El Jurado examinador, aprueba el presente Trabajo de Titulación, en nombre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ibarra (PUCESI):



Msc. Franco Franco Henry Francis
1002188603



Msc. Garcia Acosta Edgar Vinicio
1001405040



Msc. Hermoza Vinuesa Magdalia Maribel
1001699162

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS

Yo Daniela Salomé Vaca Galarraga, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 165 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación que manifiestan textualmente: “Se reconoce facultad de los autores y demás titulares de derechos de disponer de sus derechos o autorizar las utilidades de sus obras o prestaciones, a título gratuito u oneroso, según las condiciones que determinen. Esta facultad podrá ejercerse mediante licencias libres, abiertas y otros modelos alternativos de licenciamiento o la renuncia”.

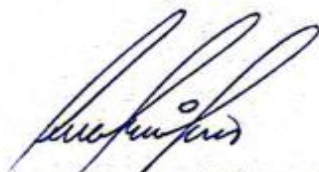
Ibarra, 3 de junio del 2022



Daniela Salomé Vaca Galárraga
1003784350

AUTORÍA

Yo Daniela Salomé Vaca Galarraga, portadora de la cédula de ciudadanía N° 1003784350, declaro que la presente investigación es de total responsabilidad de (los) autor (es), y eximo expresamente a la Pontifica Universidad Católica del Ecuador Sede Ibarra de posibles reclamos o acciones legales.



Daniela Salomé Vaca Galárraga

1003784350

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo Daniela Salomé Vaca Galarraga con CC: 1003784350, autora del trabajo de grado intitulado: “EL DERECHO A LA SALUD FRENTE AL COVID-19: ANÁLISIS SOCIO JURÍDICO EN IBARRA DURANTE EL PERIODO MARZO-SEPTIEMBRE 2020” previo a la obtención del título profesional de Abogada en la Escuela de Jurisprudencia.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede -Ibarra, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior de entregar a la SENECYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ibarra a difundir a través del Repositorio Digital de la PUCESI el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.



Daniela Salomé Vaca Galárraga

1003784350

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

El estudio se construyó en base a una línea de política y derecho para la participación social y el establecimiento de las relaciones justas, durante el periodo de marzo 2020-septiembre 2020, en torno a la realidad de los pacientes con enfermedades catastróficas suscitados pertenecientes a la ciudad de Ibarra. El estudio basa su rango poblacional en los pacientes enfermos que no mantenían diagnóstico positivo a Covid-19 y que asistieron a las principales casas de salud, las cuales son el Hospital General IESS-Ibarra y el Hospital San Vicente de Paul durante la emergencia sanitaria. El principal objetivo del estudio investigativo fue analizar desde un enfoque socio-jurídico la garantía del derecho a la salud en los pacientes no prioritarios durante la emergencia sanitaria en Ibarra, mediante la revisión de normas jurídicas vigentes, testimonios y canales oficiales de información en el Estado Ecuatoriano, con el fin de conocer la postura del derecho a la salud frente al Covid-19 durante el periodo marzo-septiembre 2020. El covid-19 desato un colapso en el sistema de salud pública a nivel mundial, dando paso a la creación de protocolos de atención, estrategias y canales de atención a pacientes que lo requieren, no obstante, el alto índice de pacientes no permitió un atención continua e integral, por ende, es importante contestar la siguiente pregunta ¿Cómo el actuar de las unidades de salud y el Estado durante la emergencia sanitaria pudo haber lesionado el derecho a la salud en los pacientes con enfermedades catastróficas y graves?

Palabras claves: Derecho a la salud, Covid-19, pacientes,

2. ABSTRACT

The study was built based on a policy and law line for social participation and the establishment of fair relationships, during the period of March 2020-September 2020, around the reality of patients with catastrophic illnesses raised belonging to the Ibarra city. The study bases its population range on sick patients who did not maintain a positive diagnosis for Covid-19 and who attended the main health houses, which are the IESS-Ibarra General Hospital and the San Vicente de Salud Hospital during the health emergency. The main objective of the research study was to analyze from a socio-legal approach the guarantee of the right to health in non-priority patients during the health emergency in Ibarra, through the review of current legal regulations, testimonies and official channels of information in the State. Ecuadorian, in order to know the position of the right to health against Covid-19 during the period March-September 2020. The covid-19 unleashed a collapse in the public health system worldwide, giving way to the creation of care protocols, strategies and care channels for patients who require it, however, the high rate of patients did not allow continuous and comprehensive care, therefore, it is important to answer the following question: How do the health units act and Could the State during the health emergency have violated the right to health of patients with catastrophic and serious illnesses?

3. INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud se constituye en cada Estado, es decir, es exigible al mismo ya que se encuentran obligaciones que imperan sobre los destinatarios. Squella, Tomasevsky, Leary, Roemer, Den Exeter & Hermans, Giesen (2018) sostienen que hablar de un “derecho a la salud” solamente, sería inadecuado, ya que eso implicaría un derecho a estar sano. No obstante, debido al brote epidemiológico el bienestar social especialmente en la atención de grupos de mayor riesgos y crónicos no fueron en su momento una prioridad, es decir, la demanda de tratamiento se aplazaba a pesar del riesgo que genera. La Constitución de la República del Ecuador (2008) vigente en el país en su art. 11 donde se plantea que los derechos son inalienables, interdependientes, indivisibles y de igual jerarquía; así también en su art. 3, 11 y 32 donde se señala que el estado debe garantizar el cumplimiento y ejercicio de los derechos a través de medidas sanitarias y sociales aceptadas y puestas al alcance de todos y todas.

A su vez el Código Orgánico de Salud (2016) en su artículo 4, hace hincapié en el acceso universal, permanente, oportuno y continuo a la atención de forma integral e integrada para la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y los cuidados paliativos y de largo plazo. Esto se encuentra amparado en otros instrumentos jurídicos internacionales tales como la Declaración de los Derechos Humanos (1948) donde se enfatiza en el art. 25 y 26 el derecho a la salud.

Las víctimas colaterales en este contexto fueron sin duda aquellos pacientes que padecen enfermedades catalogadas como no prioritarias durante la pandemia. La Defensoría del Pueblo (2020) en el mes de abril, tras la declaración de estado de emergencia registra “4.204 alertas de denuncias de violaciones a los derechos humanos presentadas por la ciudadanía” (pág. 1); a través de la recepción de formularios, peticiones defensoriales y medios digitales que hacían evidente ciertas situaciones tales como la falta de atención a los ciudadanos con enfermedades comunes declaradas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) como no prioritarias, además, existiría escases de insumos, inadecuado manejo de la información, mínima cobertura de atención y unidades, entre otros acontecimientos que vulnerarían el derecho a la salud de todas y todos. La emergencia sanitaria ocasiono grandes estragos al sistema de salud, especialmente con la atención a los pacientes. No obstante, es indispensable analizar si el proceso y el servicio brindado generó alguna lesión en el derecho a la salud de los pacientes con enfermedades comunes o consideradas como no prioritarias con el fin de que a través de un análisis socio

jurídico se brinde un criterio basado en hechos para establecer pautas que pueden ser base de la construcción de nuevos protocolos o rutas.

En su teoría de los derechos, Alexy distingue tres elementos: un derecho a algo, una libertad y un poder. Los manifiestos al interactuar en su relación básica forman una triada en la cual el primer elemento es el beneficiario o titular del derecho; el segundo es el destinatario del derecho y el tercero es la materia o el objeto del derecho. Es decir, el Estado, la jurisdicción y los ciudadanos dependen entre sí para acceder y hacer cumplir los principios y derechos. He aquí la relevancia de realizar un análisis socio jurídico sobre el tópico planteado, ya que es una problemática social en la que se visibiliza el posible cumplimiento o la presunta vulneración del derecho a la salud sobre las y los ciudadanos ecuatorianos que padecen enfermedades comunes.

El principal aporte de la presente investigación es visibilizar a través de la revisión de la norma vigente en el Ecuador la presunta vulneración al derecho a la salud en los ciudadanos que padecen de enfermedades que no se consideran prioridad por el estado de emergencia, derecho que se encuentra respaldado por la Constitución e instrumentos de carácter internacional con el fin de brindar una visión jurídica objetiva sobre los suscitado en Ibarra en el periodo marzo – septiembre del año en curso.

El presente tópico es un problema de necesidad social, ya que la emergencia sanitaria fue catalogada como un estado de excepción por calamidad pública, en donde se revocaron ciertos derechos con el fin de adquirir un bienestar mayor. No obstante, en este periodo el Estado debe garantizar el cubrimiento de necesidades especialmente básicas en la población evitando vulnerar la salud y la educación. Los derechos están plenamente respaldados y protegidos por la legislación vigente en el país, instrumentos nacionales e internacionales, no obstante, la instauración de protocolos y el estado de excepción tras el decreto de calamidad pública han ocasionado estragos legales, por ende, la necesidad de revisar la realidad del contexto en el sistema de salud, la norma en base a principios y testimonios para identificar las presuntas vulneraciones desde una óptica más objetiva de los hechos sustanciales vividos y las consecuencias que desencadenó.

El reconocimiento pleno e igualitario de los derechos implica la consolidación de políticas que eviten la exclusión y fomente la convivencia social y política en base al respeto que se encuentra amparado en el Plan Nacional del Buen vivir, la Constitución ecuatoriana vigente e instrumentos internacionales que garantizan el derecho humano. Por ende, el presente estudio tendrá como relación con la línea Pontificia Universidad Católica sede Ibarra, el enfoque de inequidades, exclusiones, desigualdades y derechos humanos en base a la sublínea de

Desarrollo, sostenibilidad y gestión debido a la razón social de estudio, haciendo énfasis en el análisis del proceso de atención a la población de pacientes no COVID-19 durante el mes de marzo-septiembre 2020.

El estudio permitirá brindar un criterio socio-jurídico sobre la acción del sistema de salud del Ecuador haciendo énfasis en la ciudad de Ibarra, y tomando como base los derechos de acceso universal al paciente en torno a la calidad, accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad en los establecimientos y servicios durante la emergencia sanitaria a través del análisis de acontecimientos y posturas de diferentes expertos con el fin de brindar una óptica en jurisprudencia más amplia a los lectores por medio de información confiable y válida para construir criterios.

El Plan toda una vida 2017-2021 señala varios programas que benefician la salud inclusiva y preventiva, no obstante, a pesar de que existan diversas líneas legales durante la pandemia se evidencio un claro desajuste y crisis en el sistema tanto antes, durante y después de la emergencia, es importante mencionar que en el periodo de Marzo la gran parte de casos atendidos fue debido a COVID-19, dejando de lado personas con discapacidad, enfermedades catastróficas o de alta complejidad.

Los pacientes con enfermedades catastróficas o graves requieren generalmente de un tratamiento continuo debido a que su patología tiende a ser de carácter crónico y supone un alto riesgo a la vida del paciente. Así también, representa un alto costo económico, por ende, su tratamiento debe ser programado en las unidades o instituciones públicas de Ministerio de Salud.

El covid-19 desato un colapso en el sistema de salud pública a nivel mundial, ocasionando en el Ecuador una baja posibilidad de cobertura a pacientes que no tenían un resultado positivo, debido a lo manifiesto se establecen protocolos de atención con el fin de brindar estrategias y canales de atención a pacientes que lo requieren. El acuerdo Ministerial N°

00126-2020 emitido el 11 de marzo enfatiza que los servicios deben ser focalizados a pacientes covid-19, ya que debido a la emergencia las otras enfermedades eran catalogadas como no urgentes o no prioritarias dando pauta a reprogramaciones, suspensión de tratamientos, entre otros acontecimientos que influyen en la vida del sujeto en cuestión.

El artículo 32 y 359 de la constitución promueven el derecho pleno a la salud integral, así también se enfatiza que el sistema debe garantizar la promoción, prevención, recuperación y

rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social. En base a lo planteado es que surge el presente problema ¿Cómo el actuar de las unidades de salud y el Estado durante la emergencia sanitaria pudo haber lesionado el derecho a la salud en los pacientes con enfermedades catastróficas y graves?

Objetivo General

- Analizar desde un enfoque socio-jurídico la garantía del derecho a la salud en los pacientes no prioritarios durante la emergencia sanitaria en Ibarra, mediante la revisión de normas jurídicas vigentes, testimonios y canales oficiales de información en el Estado Ecuatoriano.

Objetivos Específicos

- Estudiar el contexto teórico, normativo y social de las acciones tomadas en los pacientes con patologías comunes en torno al derecho a la salud.
- Conocer desde un enfoque jurisprudencial que implica la garantía del derecho a la salud.
- Examinar la posible lesión del derecho a la salud en los pacientes no patológicos con el fin de verificar el estado de vulneración a través de entrevistas y revisión.

4. ESTADO DEL ARTE

Enfermedades catastróficas

El término enfermedad alude a la alteración leve, grave o moderada del estado de salud del ser humano que genera consecuencias negativas tanto físicas como psicológicas (o las dos a la misma vez) (Andrade, et al., 2020). Por lo tanto, las enfermedades catastróficas deterioran de forma visible la calidad de vida de las personas que la padecen, por lo que un diagnóstico temprano podría reducir de manera significativa el índice de muerte prematura (Machado et al., 2021).

Son consideradas como patologías orgánicas de alto riesgo y desde el punto de vista financiero representan un impacto económico. Así también, debido a su naturaleza de carácter prolongado o permanente reflejan un desgaste personal y social. Tobar et al., (2014) plantea que esta condición puede presentar dos problemáticas, la primera es que al ser humano el sistema de salud lo puede privar de tratamientos de vanguardia de acceso gratuito condenándolo a un deterioro progresivo, o también, si la familia asume los costos pueden caer en un estrago económico que lo incline a la pobreza.

Figuroa (2015), señala que las enfermedades catastróficas o graves son las patologías crónicas de carácter prolongado y/o permanente de atención no emergente que presentan un alto riesgo, donde el tratamiento médico suele ser programado lo que genera un impacto social preocupante y costo económico alto por lo que la intervención debería ser cubierta de manera completa o parcial por las entidades públicas de salud del Estado. Estas enfermedades además se describen como los problemas suscitados en el ámbito del sector salud, las cuales cumplan con determinadas características especiales y únicas (Andrade, et al., 2020).

Por lo tanto, el deterioro de la salud de los pacientes que presentan enfermedades catastróficas requiere la concentración de los esfuerzos organizativos con el fin de evitar que los usuarios sean sometidos a tratamiento experimentales que pongan en riesgo su estado (Tobar et al., 2014).

Así también, alude que no se trata solamente de una enfermedad común sino de una afección compleja que repercute en el ámbito clínico, económico, ético (especialmente en la

pérdida beneficio tras la aceptación de la aplicación de un tratamiento) y el distributivo, el cual tiene que ver con la ampliación de recursos por parte del sistema de salud a los pacientes con poca probabilidad de sanar o no curables, no obstante, tras la recepción de este servicio médico prolongan su vida y bienestar. Lo mencionado, será uno de los puntos debatibles en el presente estudio.

Clasificación

Es importante resaltar que las enfermedades catastróficas implican en su atención un tratamiento de alto costo debido a los severos daños que han generado en la salud de quienes lo padecen y dentro del sistema de salud representa un dilema de pujas en el área financiera.

El Ministerio de Salud (2016) distingue dos categorías principales, enfermedades catastróficas tales como:

- Malformaciones congénitas del corazón y de todo tipo de valvulopatías cardíacas
- Insuficiencia renal crónica
- Todo tipo de cáncer
- Tumores en el cerebro
- Secuelas de quemaduras de tipo grave
- Los trasplantes de órganos
- Malformaciones en las arterias venosas cerebrales
- Síndromes de Klipper Trenaunay
- Aneurisma toráco abdominal

Protocolos de atención y tratamiento

La mayoría de las enfermedades crónicas afectan de manera significativa a la vida y a los componentes fundamentales de los seres humanos que la padecen. Uno de estos cambios y quizás el principal se caracteriza por el deterioro en el área emocional porque estas patologías obligan al paciente a un proceso rápido de adaptación frente a las emociones negativas que la enfermedad provoca (Andrade, et al., 2020).

Para enfrentar los retos que implica el tratamiento y cuidado de pacientes con enfermedades catastróficas, se estructuró un modelo de atención fundamentado en seis pilares enfocados en mejorar la efectividad de la intervención previsto para los usuarios, el cual asegura procedimientos focalizados en el desarrollo y optimización de los aspectos que favorecen al personal de salud, su entorno y a los pacientes (Ministerio de Salud de la Nación, 2017).

Este instrumento se denomina Modelo de Cuidados Crónicos el cual pretende capacitar a cada uno de los pacientes en cuanto al control de su propia enfermedad donde el profesional en Medicina debe caracterizarse por una actitud proactiva dentro de todo el tratamiento (Organización Panamericana de la Salud, 2013) debido a que es una guía para aumentar la calidad en la atención de las enfermedades crónicas en atención primaria (Rubiera y Riera, 2004); a continuación, se detallan sus seis componentes (Ministerio de Salud de la Nación, 2017):

1. Organización de la atención a la salud. - incluir la normativa legal dentro de los procedimientos para el cuidado de los pacientes con enfermedades catastróficas con el fin de promover la salud con acciones enfocadas en la prevención y control.
2. Sistema de provisión de los servicios de salud. - con orientación a la promoción y facilitación de un equipo de salud que establezca medidas preventivas, control frecuente de las cifras y, sobre todo, eduque a la población en cuanto al automanejo y adherencia al tratamiento.
3. Sistemas de información clínica. - donde se organicen de forma eficiente los datos clínicos de los usuarios y para favorecer la planificación e identificación de las necesidades de cada paciente.
4. Apoyo a la toma de decisiones. - debido a que las guías de práctica clínica puntualizan los tratamientos recomendados para cada enfermedad lo que favorece la toma de decisiones en cuanto al control, prevención de patologías y preservación de la calidad de vida.
5. Apoyo al automanejo. - permite que el mismo usuario y/o paciente adquiera un rol activo y participativo en el manejo de su salud tanto física como mental tras reconocer la enfermedad, los signos de alerta, sus posibles complicaciones y forma de responder ante la sintomatología.

- 6.** Recursos comunitarios. - los sistemas de salud deben trabajar en coordinación con las organizaciones comunitarias con el fin de brindar apoyo a las intervenciones llevadas a cabo frente a las enfermedades catastróficas.

Este modelo resulta ser un aspecto primordial para seleccionar los procedimientos más oportunos en beneficio de los pacientes y fundamentalmente, no pretenden afectar la participación del personal de atención primaria (Rubiera y Riera, 2004).

Por otra parte, en el Ecuador la Carta Magna dentro de la sección séptima artículo 50 revela que el Estado se compromete a garantizar el derecho a acceder a una atención gratuita, preferente, oportuna y especializada en todos los niveles a todas las personas que padezcan de alta complejidad o enfermedades catastróficas (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Dentro de ese marco, los protocolos de atención y tratamiento establecidos dentro del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2013) involucran la atención integral desde el diagnóstico de la patología hasta la dotación de medicamentos durante el tratamiento de la enfermedad. Estos procedimientos se detallan a continuación:

- a.** Suministro y actualización del cuadro de medicamentos cada 2 años con la participación del Ministerio de Salud en conjunto con la Policía Nacional, Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social y el sector privado. Además, en este proceso el Ministerio de Salud Pública asegura la dotación de medicamentos con eficacia comprobada científicamente, los cuales deben ser evaluados antes de ser incluidos en el cuadro básico de medicinas para asegurar sus beneficios. También, se compromete a brindar atención integral que incluya el servicio de rehabilitación, salud mental y cuidados paliativos.
- b.** Establecer guías de práctica clínica sustentados con evidencia científica donde se identifique el manejo adecuado de enfermedades catastróficas.
- c.** Desarrollar la capacidad resolutive en los hospitales públicos para atender enfermedades catastróficas.
- d.** Derivar a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) a los pacientes con esa patología.
- e.** Asignar 62 millones de dólares anuales a SOLCA.
- f.** Proporcionar un tratamiento integral para el VIH/Sida.

Los cuidados e intervención planificada para la atención de los pacientes con enfermedades catastróficas deben implicar redes integradas desde los cuidados primarios para organizar la transferencia del paciente a servicios médicos más complejos cuando estos resulten necesarios y convenientes, solo así se conseguirá mejorar la equidad y calidad en la salud (Tobar et al., 2014).

En conclusión, las formas en que se organizan las respuestas frente a las necesidades de los pacientes con enfermedades catastróficas requieren de actualizaciones constantes tanto en torno a los conocimientos que se tiene de la patología como en los tratamientos y resultados que estos han generado en el estado físico y mental de las personas que padecen esas enfermedades con el fin de asegurar su derecho a la vida, a la salud y a una oportuna calidad de vida.

Covid-19 y su impacto en el sistema de salud

La Covid- 19 marcó a todas las formas de vida del planeta Tierra; el ser humano tuvo que adaptarse a grandes e inesperados cambios en sus esquemas de interacción cotidianas siguiendo los lineamientos establecidos por cada Estado, los cuales se caracterizaron por el aislamiento obligatorio, distanciamiento social, hábitos de higiene que incluye el uso de mascarilla para evitar el contagio del virus.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2013) alrededor de 18 países tuvieron que interrumpir de manera parcial los servicios médicos con el fin de precautelar la atención durante la pandemia Covid- 19; los servicios para la prevención y tratamiento de enfermedades catastróficas y no transmisibles se vio afectado gravemente ya que el cambio de rutina constituyó una amenaza para la salud de los pacientes con este tipo de patologías. Varias encuestas determinaron que desde que inició a pandemia, los establecimientos de salud al salir de la rutina y ser reorganizados interrumpieron la atención de los pacientes con tratamiento del cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares.

En América Latina, la respuesta de cada país en el ámbito de la salud se ha enfocado en el fortalecimiento del presupuesto para la dotación de medicamentos, insumos, equipos, recursos humanos e infraestructura para la atención de los usuarios. También, se amplió la cartera de servicios, se instauraron incentivos para los profesionales sanitario, se efectuó y fortaleció la telemedicina para ejecutar acciones que cubran y financien los procesos de vacunación contra la Covid-19 (Casalí et al., 2021).

En Ecuador, la emergencia sanitaria tropezó con un sistema de salud en condiciones estructurales fragmentadas y segmentadas; se identificó que el Estado destinaba menores recursos públicos al sector salud y que la sociedad sobrevivía en condiciones socioeconómicas poco propicias que condicionaron de forma negativa la respuesta del país frente a la crisis sanitaria, social y económica (Mena y Casali, 2021). En ese marco, las pérdidas en el sector salud del Ecuador fueron muy significativas; de acuerdo con la Secretaría Técnica Planifica Ecuador (2020) y los resultados presentados en la evaluación social y económica de la Covid-19, ejecutada durante marzo y mayo del 2020 identifico USD 870 millones de pérdidas acumuladas tanto en el sector salud tanto público como privado. En esa línea, la atención a pacientes diagnosticados con Covid -19 significó el 83% del coste total con una cantidad de USD 724,69 millones donde se incluyeron instrumentales de atención prehospitalaria para curar, prevenir, diagnosticar, proporcionar medicamentos y seguir los módulos médicos. En mayo de 2020, los casos de Covid -19 totalizaron 39 098 con un registro de 5512 fallecidos; no obstante, en la actualidad, los casos confirmados son superiores a 8 con 3 veces más de pacientes fallecidos (Mena y Casali, 2021; Secretaría Técnica Planifica Ecuador, 2020).

También, se identificaron impactos en torno a la provisión de servicios debido a que la pandemia Covid- 19, además de provocar presiones por la atención de estos pacientes, generó efectos significativos en la producción de los servicios de salud, entre estos la suspensión de la atención en consulta externa, las restricciones de movilidad y confinamiento y las decisiones de los pacientes por el miedo al contagio ocasionaron una depreciación colosal en las atenciones (Mena y Casali, 2021). Los datos preliminares del Ministerio de Salud Pública a noviembre de 2020 reflejaron la atención de un 60% de pacientes quienes acudieron a los servicios durante el año en 2019 (Molina, 2020), lo que al cierre del año representó una caída superior al 30% (Tabla 1) (Mena y Casali, 2021).

Tabla 1*Pacientes atendidos en establecimiento de salud pública*

	2019	2020 (enero- noviembre)
Ministerio de Salud Pública	8 695 537	5 239 532
Policía Nacional	55 471	44 650
Fuerzas Armadas	119 458	55 938
Total, de pacientes	8 870 466	5 340 120

Nota. Adaptado de “Sistemas de protección social en salud en América Latina: Organización y articulación [Webinar]”, por Molina, D, 2020. Los datos revelan información correspondiente a los pacientes atendidos por profesionales médicos sin contar a enfermeros/as.

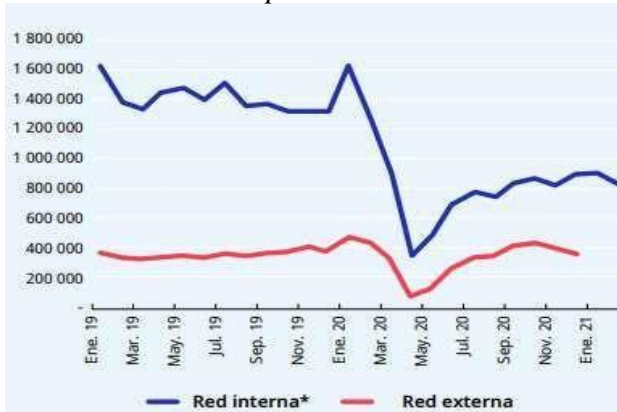
En las dependencias de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), entre el año 2019 y 2020, la atención de los servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización registraron una reducción interna del 39%, sin embargo, en los establecimientos externos públicos y privados se evidenció una caída del 7,6% (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2021). La evolución de los servicios atencionales del IESS refleja un mayor impacto durante los primeros meses de la emergencia sanitaria; en abril de 2020 un menor número de atenciones representadas por la quinta parte del servicio otorgado durante el mes de enero de ese mismo año (Mena y Casali, 2021) (Figura 1).

El descenso de la atención en los servicios mencionados con anterioridad durante la emergencia sanitaria Covid- 19 supone la suspensión y aplazamiento en la atención de otras patologías, en especial de las catastróficas y crónicas no transmisibles. En ese contexto, además se han evidenciado problemas acceder a la atención de la salud sexual y reproductiva incluyendo el servicio materno infantil (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2020). En el Estado ecuatoriano, las cifras en torno a la atención médica otorgada desde el IESS y los establecimientos de salud manifiestan una disminución importante de atenciones en patologías como diabetes e hipertensión, que se ubican entre los 10 diagnósticos principales atendidos (Mena y Casali, 2021) (Tabla 2).

Según los informes elaboradas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2013), los servicios ambulatorios de salud fueron interrumpidos de manera parcial en 18 de los países participantes en las encuestas (64%); dos de estos han interrumpido de manera total su atención, mientras que en siete países (25%) permanecieron abiertos; estas interrupciones afectaron todo tipo de servicio para los pacientes con enfermedades catastróficas, más aún en los casos de hipertensión y diabetes; en este caso también se incluye el aplazamiento de los programas (43% de los Estados) centrados en la detección del cáncer de mama y cuello uterino también han sido desatendidos ocasionado el agravamiento de la enfermedad y aumento de la mortalidad de los pacientes.

Figura 1

Atenciones de salud de prestadores de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social



Nota. Adaptado de “Estadísticas. Producción y facturación mensual 2019-2020. Establecimientos internos y externos”, por Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2021. Los datos corresponden a la red interna corresponde a los establecimientos de salud propios del IESS y la red externa a otros prestadores públicos y privados.

La interrupción de la atención para pacientes con enfermedades catastróficas u otros motivos de consulta se debieron a la cancelación de los servicios (58%, 14/24); reasignación de personal para dar respuesta a usuarios diagnosticados con Covid- 19; y la inasistencia de pacientes (50%, 12/24) (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2013).

Por otro lado, las Naciones Unidas (2021) revela que aparte de los impactos negativos en torno a la atención médica de la ciudadanía en general existen otras problemáticas en el sistema de salud ecuatoriano, las cuales han obstaculizada la contención del Covid- 19; entre estos se citan:

a. La limitación en torno a la capacitación del personal para la detección, diagnóstico, aislamiento y atención de los pacientes con Covid- 19; b. La falta de profesionales sanitarios para llevar a cabo las acciones enfocadas en la vigilancia epidemiológica y atención adecuada en los niveles de atención; c. Escasez de equipos para la protección personal (EPP), pocos insumos y equipamiento tanto a nivel nacional como de proveedores externos para reemplazar la demanda; d. Dificultades en la expansión de la atención en salud para los pacientes que necesitan ser hospitalizados; e. Dificultad para el manejo de restos humanos; f. Prevención de infecciones hospitalarias como medida de protección para el personal sanitario y usuarios; g. Interrupción del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva; h. Paralización del acceso a la atención materno-infantil; poniendo en riesgo la integridad de toda la ciudadanía.

Tabla 2

Variación de atención por principales diagnósticos. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Nro. anual	Diagnóstico	2019	2020	Variación
1	I10 - Hipertensión esencial (primaria)	806 664	671 906	-16,7
2	Z00 - Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico Informado	605 845	358 368	- 40,8%
3	E11 - Diabetes mellitus no Insulinodependiente	343 064	263 505	- 23,4%
4	R10 - Dolor abdominal y pélvico	483 064	254 871	- 47,2%
5	M54 - Dorsalgia	478 073	251 499	- 47,4%
6	Z01 - Otros exámenes especiales e investigaciones en personas sin quejas o sin diagnóstico informado	390 794	214 796	- 45,0%
7	Z10 - Control general de salud de rutina de subpoblaciones definidas	269 899	193 043	- 28,5%
8	N39 - Otros trastornos del sistema urinario	354 951	178 428	- 49,7%

9	A09 - Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado	427 977	172 771	- 59,6%
---	--	---------	---------	---------

Nota. Adaptado de “Estadísticas. Producción y facturación mensual 2019-2020. Establecimientos internos y externos”, por Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2021. Los datos corresponden a los índices en cuanto a la atención de enfermedades catastróficas y crónicas no transmisibles.

La Organización Panamericana de la Salud (2021), refiere que la pandemia Covid-golpeó de forma drástica a todos los Estados del mundo; no obstante, su impacto fue más severo en las comunidades pertenecientes a países en vías de desarrollo quienes enfrentan una fragilidad significativa debido a la mayor exposición de enfermedades y menor probabilidad para acceder a servicios médicos de calidad lo que aumenta las posibilidades de experimentar secuelas adversas a causa de los resultados posteriores a las medidas implementadas para la contención y manejo de la pandemia.

Tal es el caso de Ecuador, donde aparentemente nunca se ha logrado transparentar las cifras oficiales en cuanto a los pacientes diagnosticados con Covid- 19 en lo que va de la pandemia; expertos afirman que es preocupante pensar que, aproximadamente una de cada tres muertes se logra reportar en el país (Fuentes, 2021).

La pandemia por Covid- 19 aún constituye una emergencia para los sistemas de salud pública que ocasiona preocupación internacional, con graves impactos sin precedentes en pleno siglo XXI, que por si fuera poco, hoy en día representa un gran reto para el componente de la salud mental (Ramírez et al., 2020); estudios han demostrado que la movilidad restringida y contacto limitado con las demás personas propicia la vulnerabilidad a presentar complicaciones mentales que van desde sintomatología aislada hasta el desarrollo de una patología psiquiátrica, como: depresión, ansiedad, insomnio, depresión y trastorno por estrés posttraumático (TEPT) (Huremovic, 2019); se ha evidenciado que en el caso del Trastorno de Estrés Post Traumático los casos han incrementado hasta un 20 % (Chan et al., 2004), así mismo, existe preocupación por los índices en cuanto a los trastornos depresivos y desarrollo de reacciones de en los pacientes con ansiedad, lo cual principalmente se debe al aislamiento social, separación de los familiares; exposición directa a la Covid- 19 y el temor a contraer la enfermedad o no recibir un tratamiento (Chen et al., 2020; Greenberg et al., 2020).

Derecho a la Salud en la Constitución ecuatoriana e instrumentos internacionales

El derecho a la salud es uno de los lineamientos principales de los derechos humanos como fundamento para las garantías en torno a una vida digna; este derecho refleja la potestad del ser humano para disfrutar de salud tanto física como mental en el nivel más alto posible (Oficina de las Naciones Unidas Alto Comisionado para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud, 2008).

Desde el marco internacional, el derecho a la salud fue proclamado por primera ocasión en el año de 1946 dentro la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS); en el preámbulo de esta publicación se define a la salud, no como la simple ausencia de enfermedades sino como el completo estado de bienestar mental, físico y social para el grado máximo de goce de los derechos humanos fundamentales sin distinción de religión, raza, condición socioeconómica o ideología política (Miembros Asociados de la Organización Mundial de la Salud, 1946). En el año 2006, la misma organización dentro de su normativa estipula que es obligación del Estado fomentar, proteger y garantizar la salud de todas las personas con base en los conocimientos psicológicos, médicos y afines para alcanzar la seguridad y la paz nacional (Asamblea Mundial de la Salud, 2006).

Del mismo modo, en la Declaración Universal de los Derechos Universales del Hombre emitida en el año de 1948, dentro del artículo 5 se sugiere que la salud es parte esencial para precautelar y promocionar el derecho al nivel adecuado de vida (Comisión de Derechos Humanos, 1948). En los documentos más actuales de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (normativa actualizada), en el artículo 25 numeral 1 señala que: todas las personas tienen derecho a una calidad de vida apropiada tanto para sí mismo como su familia donde se asegure su bienestar, salud, alimentación, vivienda, vestimenta, servicios sociales, asistencia médica y accesibilidad a seguros de enfermedad, desempleo, viudez, discapacidad, etcétera (Naciones Unidas, 2015).

El derecho a la salud también fue reconocido como derecho humano en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966 (Oficina de las Naciones Unidas Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 1966). La última adaptación de esta normativa dentro de su artículo 12 revela que los Estados Partes del

Pacto se encargan de asegurar el derecho humano en torno al disfrute de la salud física y psicológica dentro del nivel más alto existente; también indica la necesidad de adoptar medidas con el objetivo de garantizar la efectividad plena de este derecho, donde figuran los siguientes aspectos: a. Reducción de la mortalidad infantil y mortinatalidad y precautelar el desarrollo sano de los niños; b. Mejorar la higiene dentro del entorno laboral y medio ambiente; c. Prevenir y tratar de manera oportuna las enfermedades endémicas, epidémicas, profesionales, etcétera; d. Crear condiciones de vida que aseguren la asistencia y servicios médicos a todas las personas cuando presenten alguna enfermedad (Oficina de las Naciones Unidas Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 1969).

En ese marco, en la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): Una oportunidad para América Latina y el Caribe, dentro del tercer objetivo promueve la garantía de una vida saludable con la promoción del bienestar durante todos los ciclos de vida, en especial para reducir la mortalidad materna e infantil, erradicar enfermedades infecciosas y virales a través del saneamiento y acceso al agua potable (Naciones Unidas, 2018).

Por otro lado, a nivel nacional, la Constitución de la República del Ecuador en el artículo 32, séptima sección estipula que el Estado garantiza la salud como un derecho fundamental vinculado con el ejercicio de los otros derechos, entre estos el derecho al acceso al agua, educación, trabajo, alimentación, seguridad social, cultura física y ambientes sanos que mantengan el Buen Vivir. En este sentido, el Estado ecuatoriano se encargará de estructurar políticas sociales, educativas, económicas, ambientales u culturales con accesibilidad oportuna, permanente e inclusiva a los servicios, acciones y programas enfocados en la atención integral y promoción de salud integral, sexual y reproductiva; en tanto, la prestación de estos servicios se administrará mediante los principios de universalidad, interculturalidad, bioética, equidad, eficiencia, solidaridad, eficacia, calidad y precaución bajo un enfoque generacional y de género (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Medidas adoptadas por el Ministerio de Salud Pública en base al acuerdo Ministerial N° 00126-2020

Mediante el Acuerdo N° 00126 – 2020 establecido por el Ministerio de Salud Pública dentro del Artículo 1 se declaró en estado de emergencia sanitaria a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, en los servicios: unidades de epidemiología, control, laboratorio, ambulancias aéreas, hospitalización, servicios de médicos y paramédicos y consulta externa tras la inminente posibilidad de las consecuencias provocadas por el Covid-19, y para prevenir un contagio masivo en la población (Zeballos, 2020).

En este sentido, las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en torno, con el Acuerdo Ministerial N° 00126-2020 se enmarcan en los siguientes lineamientos, el art 2. Enfatiza que se priorice los recursos económicos y el personal para afrontar la situación en los establecimientos de salud pública, el art. 3 refiere la necesidad de conformar la mesa técnica, el art. 4 plantea que se debe informar a las Autoridad Sanitaria Nacional acerca de los que presenten sintomatología con el fin de dar una respuesta oportuna y garantizar la atención medida y la dotación de recursos para el diagnóstico y tratamiento en base al art. 5. Zeballos (2020) menciona que se debe considerar:

El art 6. contratar medios, bienes o servicios para la superación de la emergencia; El art 7.- trabajar con Control Migratorio para prevenir la propagación de Covid- 19; El art 8.- expedir lineamientos y medidas para prevenir el contagio de la enfermedad; El art 9.- emitir protocolos e instrumentos oportunos para atender la emergencia; El art 10.- prohíbe exportar dispositivos médicos para abastecer al Sistema de Salud; El art 11.- regular la producción nacional de medicamentos y herramientas medicas; El art 12.- superado el estado de emergencia sanitaria se emitirá un informe al respecto; El art 13.- la declaratoria tiene una vigencia de 60 días.

Desde el Ministerio de Salud Pública (MSP) tras la confirmación de la iniciativa global Covax, una confederación internacional que pretende garantizar la distribución equitativa de las vacunas destinadas a prevenir la Covid- 19 facilitó la llegada de estos diversos territorios para poder vacunar a todos los habitantes del Ecuador; también, renovó los procesos de vacunación para mejorar la búsqueda y despliegue de datos acerca de las dosis aplicadas a través de una herramienta digital que permite hacer transparente a la información del Plan de Vacunación Covid- 19 con datos accesibles y verificables. La renovación circunscribe información de la población en dos grupos nuevos conformados por ciudadanos entre 12 a 17

y 5 a 11 años, además incrementó la expansión en intervalos de edad de acuerdo con lo determinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Parlamento Andino, 2021).

1.3.Derechos a la salud en pacientes con enfermedades catastróficas y graves. En apartados anteriores se destacaron los diferentes marcos legales que garantizan la salud como un derecho humano fundamental, los cuales incluyen a los pacientes con diagnóstico de enfermedades catastróficas y graves. En este contexto, a continuación, se presenta de manera detallada cada uno de los artículos de la Constitución de la República del Ecuador que garantiza el derecho a la salud en pacientes con enfermedades catastróficas y graves:

El art. 32. enfatiza que la salud es un derecho que embarga, el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, los ambientes sanos, la seguridad social y otros que sustentan el buen vivir (Asamblea Nacional Constituyente, 2008, p.17). En el capítulo tercero, de los derechos de los integrantes y grupos de atención prioritaria en el artículo 35, menciona que quienes padezcan de alta complejidad o enfermedades catastróficas tienen la garantía constitucional para la atención especializada y prioritaria en los ámbitos tanto públicos como privados (...) (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

En esa misma línea, también se mencionan los siguientes apartados:

El art. 66, reconoce la garantía del derecho a la inviolabilidad de la vida, derecho a la integridad personal que incluye la integridad psíquica, moral, física y sexual (Asamblea Nacional Constituyente, 2008, p. 29). Así también, el sistema de salud tendrá por finalidad el desarrollo de recuperación y protección de las potencialidades y capacidades para alcanzar una vida saludable integral, en base al art. 358 (Asamblea Nacional Constituyente, 2008, p. 110).

Así también, el Art. 359, refiere que el sistema nacional abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud con el fin de garantizar la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles (...) (Asamblea Nacional Constituyente, 2008, p. 110). Esto se ratifica en el Art. 363, donde el Estado será responsable de: 7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces (...) En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales (Asamblea Nacional Constituyente, 2008, p. 111).

Con relación al marco jurídico nacional donde se determina el derecho a la salud se cita a la Ley Orgánica de la Salud en los artículos 1, 3, 7 literales a, b, e; haciendo mayor énfasis en precautelar a los pacientes con enfermedades catastróficas y graves se realizó una reforma en el 2012 de la cual nace la Ley reformativa a la Ley Orgánica de la Salud donde se plantea el derecho a la salud de las personas con enfermedades catastróficas en los artículos 1 numeral 5 literal A, y Art. 5 de la misma ley; y en relación a la Ley de Seguridad Social encontramos el derecho a la salud en el Art. 1 y 3; y de manera muy enfática nos referimos al Instructivo para la Adquisición de Medicamentos que no constan dentro del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos realizando un análisis a toda esta normativa en especial (Asamblea Nacional Constituyente, 2015; Cañizares, 2018).

En los siguientes párrafos se describen otros de los lineamientos promulgados por la Ley

Orgánica de Salud (2015):

“Art. 6.- Responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Numeral 6. Formular políticas y desarrollar estrategias y programas para garantizar el acceso y la disponibilidad de medicamentos de calidad” (Asamblea Nacional Constituyente, 2015, p. 2).

“Art. 154.- El Estado garantizará el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad y su uso racional, priorizando los intereses de la salud pública sobre los económicos y comerciales” (Asamblea Nacional Constituyente, 2015, p. 26).

Dentro del Capítulo III-A (agregado), de las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas, artículo 1 refiere que el Estado ecuatoriano debe reconocer a las a las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas como asunto de interés nacional; y, mediante de la Autoridad Sanitaria Nacional, se encargará de implementar acciones oportunas para la atención de esos pacientes, con el objetivo de mejorar tanto su calidad como expectativa de vida, con el respeto a los principios de calidez, accesibilidad, disponibilidad y estándares de calidad con garantía para promocionar, prevenir, diagnosticar, tratar, rehabilitar, habilitar; los pacientes que sobrelleven estas enfermedades son consideradas en condición de doble vulnerabilidad. Art. 2.- Como parte de las obligaciones de la Autoridad Sanitaria Nacional se encuentra la promoción, coordinación y desarrollo de diagnósticos y tratamientos anticipados para mejorar la calidad y expectativa de vida en coordinación con organismos especializados tanto nacionales como internacionales (Asamblea Nacional Constituyente, 2015)

No obstante, lejos de conseguir una aplicación óptima de los apartados previstos tanto en la Constitución como en la Ley Orgánica de Salud, la judicialización no encuentra solución eficaz puesto que la atención dentro del servicio de urgencias médicas de estos pacientes únicamente ha retrasado los procesos, afectando su integridad, calidad de vida y disminuyendo la probabilidad de una vida digna (Ruiz, 2018).

Tras la crisis sanitaria producto del Covid- 19 los pacientes con enfermedades catastróficas y graves podían haber sido vulnerados en sus derechos; si bien es cierto, se aunaron esfuerzos para afrontar la propagación del virus, sin embargo, tras la suspensión parcial o total de los servicios médicos las personas con diagnósticos asociados a esas patologías no pudieron acudir a sus controles y tampoco, acceder a los medicamentos de manera oportuna.

Entonces, aparentemente las leyes dictadas para regular la atención de salud de los pacientes que sufren enfermedades catastróficas, huérfanas o raras, no cuentan con los mecanismos apropiados para garantizar el cumplimiento del derecho fundamental a la salud el cual se supone debe ser garantizado y respetado; es por ello la apremiante necesidad de implementar políticas públicas que contribuyan a respetar el derecho a la salud para que también se haga efectivo el derecho a la vida en favor de los pacientes que presentan estas patologías; no obstante, la falta de políticas, sostenibilidad y eficacia en los sistemas de salud pública ecuatoriana han provocado la indefensión de quienes batallan con la sintomatología asociada a sus enfermedades catastróficas, inaccesso a medicamentos, tratamiento y falta de reconocimiento de esas enfermedades lo que impide que algunos medicamentos conformen el Cuadro Básico de Medicamentos (Suárez y Cornejo, 2020) Se considera que en el Ecuador existen alrededor de 106 enfermedades catastróficas, raras o huérfanas mientras que, la Organización Mundial de la Salud ha detectado un aproximado de 8000 clasificaciones (El Telégrafo, 2017).

Con la Covid- 19 en la actualidad en el Ecuador se puede identificar la existencia de una doble vulneración de derechos en torno al acceso a la salud, ya que, a causa de la crisis sanitaria presente a nivel mundial, las personas con enfermedades catastróficas y graves ha quedado invisibilizado por la imposibilidad para acceder a sus medicamentos y tratamientos (González, 2020).

Tinoco (2018) revela que las enfermedades catastróficas son una problemática internacional que constituye un gran reto para el desarrollo social; por este motivo, el Estado está en la obligación de aplicar los lineamientos y garantías tanto Constitucionales como los reglamentos previstos por los Tratados Internacionales inscritos en el Ecuador, en los que las autoridades competentes se comprometen a reforzar los sistemas de salud y el acceso a tratamientos oportunos y de calidad.

Sin embargo, a pesar de la existencia del marco legal e internacional que ampara a las personas que presentan una enfermedad catastrófica, las jurisdicciones administrativas de los establecimientos de salud pública conocen poco y en el peor de los casos desconocen el alcance de la disposición constitucional, y por el contrario, se rigen por estatutos internos de siglos pasados que evidentemente fueron discontinuados hace varios años atrás por su incoherente trabajo en beneficio del costo benéfico que involucra el tratamiento médico a pacientes “desahuciados”, desconociendo la implicación de derecho a la vida y a la salud (Illescas, 2010).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación

El estudio investigativo por su naturaleza mantiene un carácter socio-jurídico, ya que a través de la recopilación informativa se realizará un análisis sobre la posible vulneración del derecho a la Salud por el Estado y las Unidades de atención médica de Ibarra en los meses marzo 2020 a septiembre 2020. El principal objetivo que persigue es estudiar el derecho a la salud en los pacientes que no padecían Covid-19 durante la emergencia sanitaria, mediante la revisión testimonios, encuestas y datos estadísticos con el fin de verificar si existió alguna vulneración a dicho derecho. Lo manifestado gira en base a la pregunta ¿Cómo el actuar de las unidades de salud y el Estado durante la emergencia sanitaria pudo haber lesionado el derecho a la salud en los pacientes con enfermedades comunes o consideradas no prioritarias en Ibarra?

El tipo de investigación que se utilizará es de carácter cualitativo, ya que se recopilará información mediante registros informativos y oficiales, así también, esta permitirá involucrar la práctica jurídica del contexto social con los métodos que dan a conocer la dinámica de los sistemas judiciales a través de fuentes primarias y secundarias sociojurídica en torno al derecho a la salud (Universidad Externado de Colombia, 2011). En el libro denominado Historia y evolución del pensamiento crítico (Ruiz, 2006) se hace referencia a que este método permite integrar el objeto con la finalidad de obtener una comprensión general, se usará en el estudio para reconstruir la información mediante un sustrato propio que tenga como base información confiable y la norma vigente que giran en torno al tópico del derecho a la salud durante la emergencia sanitaria Covid-19 en Ecuador. El grupo objeto esa conformado por 8 personas, los cuales son 2 profesionales del ámbito Jurídico, 3 profesionales de salud y 3 pacientes con enfermedades catastróficas.

- **Documental** o también denominada bibliográfica, misma que se caracteriza por ser tradicional en la investigación jurídica ya que permite una exploración amplia y extensa a través de repositorios de bases de datos con el fin de elaborar un criterio reflexivo-analítico sobre el tópico en mención mediante procesos coherentes de aprehensión del fenómeno (Botero, 2013). Se realiza cuando el investigador está en contacto directo con los documentos ya que se sirve de fuentes de información tales como testimonios, libros, documentos y canales oficiales-verídicos que propicien la trasmisión de conocimiento e

historia, por ende, en el presente estudio se usará con el fin de transmitir de forma organizada la investigación ejecutada para promover a la construcción de criterios sólidos en bases sustentables y objetivas.

- **Encuesta estructurada**, esta técnica investigativa permitirá recaudar información de forma directa a través de un cuestionario de pregunta previamente elaborado y que estará dirigido a un especialista en el tema, en este caso se ha seleccionado como profesional competente en el área médica y enfocada en los pacientes con el fin de brindar un sustento sólido al problema planteado, en donde cuya identidad es protegida por los derechos inalienables que se encuentran de por medio.

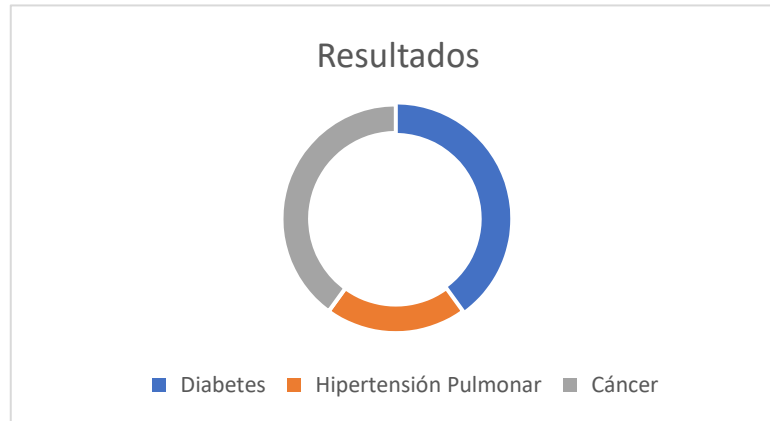
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Encuesta realizada al personal médico

1. ¿En la Unidad de salud a la que usted pertenece se aplicó un protocolo de respuesta enfocado en las personas con enfermedades catastróficas que o presentaban covid-19?



2. ¿Considera usted, que las medidas implementadas salvaguardan el oportuno tratamiento y monitoreo de los pacientes con enfermedades catastróficas que no presentaban covid-19?



3. Responder en el caso de haber respondido la anterior NO. ¿Cuáles cree que fueron las principales estrategias que obstaculizaron brindar una atención integral y segura, tal como lo garantiza el art.47 y el art.23 de la Ley Orgánica de Salud?

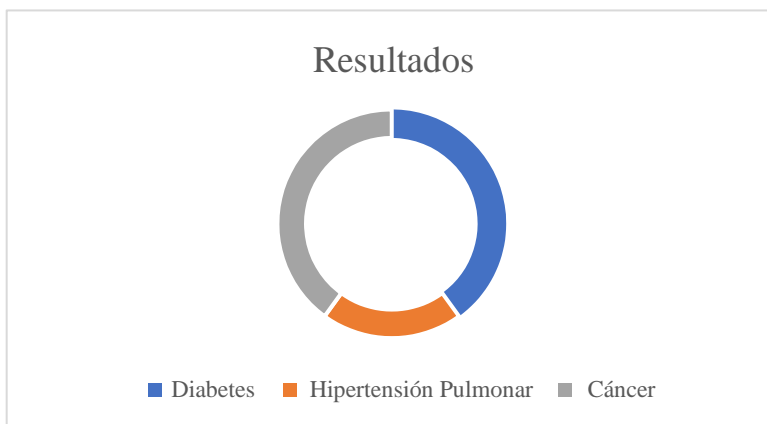
- Las citas de atención se prolongaron en un rango de tiempo mayor a la necesidad.
- No se realizó seguimientos ni monitoreo continuo a las medidas de bioseguridad

4. Responder en el caso de haber respondido la anterior SI. ¿Cuáles cree que fueron las principales estrategias que permitieron brindar una atención integral y segura, tal como lo garantiza el art.47 y el art.23 de la Ley Orgánica de Salud?

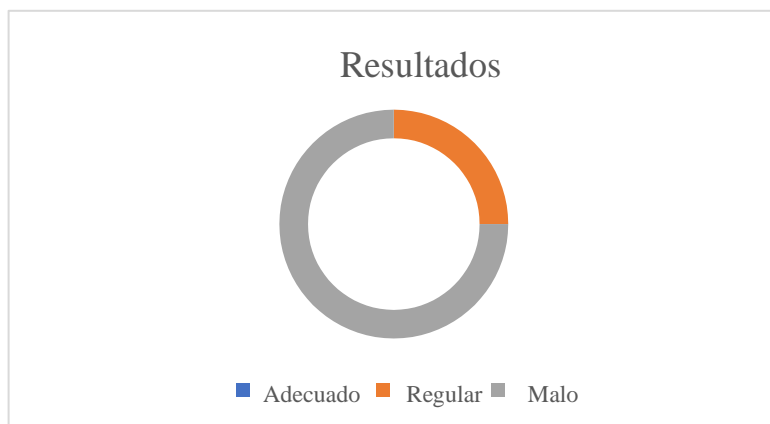
- Instaurar protocolos de respuesta rápida, para la valoración de pacientes con cuadro no covid.
- Derivación y reagendamiento de citas con el fin de precautelar la integridad de los pacientes.

3.1.2. Encuesta realizada a los pacientes

1. ¿Usted padece algún tipo de enfermedad?



2. ¿Qué opina usted de la respuesta que brindaron las Unidades de Salud hacia los pacientes con enfermedades catastróficas o huérfanas graves, para garantizar su derecho a una atención integral y oportuna?



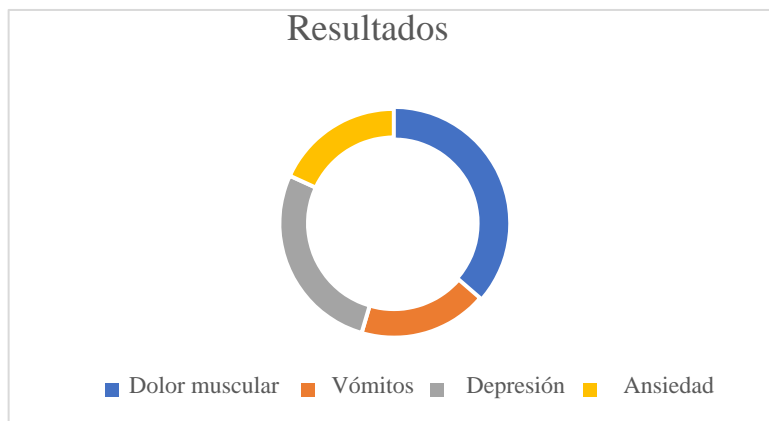
3. ¿Presento usted algún inconveniente para continuar con su tratamiento o chequeos médicos?



3.1. En el caso de no recibir su tratamiento de forma oportuna ¿Cuáles fueron los posibles inconvenientes para continuar con su tratamiento o chequeos médicos en torno a la respuesta del sistema?



3.2. En el caso de no recibir su tratamiento de forma oportuna ¿Cuáles serían las consecuencias que usted presento en su estado de salud física o emocional?



4. ¿Usted durante la emergencia sanitaria por covid-19, incurrió a buscar atención en salud de forma privada? ¿Por qué?



Causa



Discusión de Resultados

El derecho a la salud de los pacientes con enfermedades catastróficas corresponde a una de las obligaciones principales de cualquier Estado; sin embargo, posterior a las consecuencias desastrosas a la propagación del virus Covid- 19 (SARS-CoV-2) se lograron evidenciar varias inconsistencias en el sistema de salud pública del Ecuador donde al parecer en lugar de garantizar el acceso oportuno a estos servicios, se vulneraron tales derechos inherentes e ineludibles de este grupo vulnerable, los cuales se respaldan por los reglamentos estipulados en los diferentes instrumentos legales tanto nacionales como internacionales.

Con el objeto de recabar información acerca de esta situación se estructuraron dos encuestas estructuradas: una dirigida al personal de primera respuesta médica y la otra, conducente ha indagar datos emitidos por las personas que presentan enfermedades catastróficas; cada una de estas están compuestas por cuatro interrogantes. El objetivo de esta técnica de investigación fue: Conocer las medidas de respuesta implementadas para los pacientes con enfermedades catastróficas que no presentaban Covid- 19 en el período marzo- septiembre 2020.

De acuerdo con la Defensoría del Pueblo de Ecuador (2021), han sido registradas varias denuncias desde esta la institución a lo largo del año 2020, debido al evidente desabastecimiento de medicamentos, limitada cantidad de vacunas, dificultades para que los usuarios sean atendidos por profesionales en Medicina y constantes incumplimientos en cuanto a los laudos de accesibilidad a medicinas; en ese marco, aproximadamente 60% de peticiones receptadas durante esos 12 meses son causales por vulneración del derecho a la salud de todos los habitantes del Ecuador; asimismo, expresó su gran desasosiego por las complicaciones que continúan afectando a los/as pacientes que asisten a las instituciones de salud pública y, en particular, a quienes padecen enfermedades raras, catastróficas, poco frecuentes y de alta complejidad, realidad que indica la ineficacia, irresponsabilidad, mal manejo e ineficacia del capital público desde las instituciones y carteras competentes del Estado.

León y Mendoza (2019), aseguran que en el Estado ecuatoriano estas patologías han sido reconocidas y analizadas por lo que, se ha tratado de priorizarlas de acuerdo con la

Constitución y la Legislación vigente, no obstante, se evidencia que las entidades de salud apoderadas de su atención presentan falencias dentro de los procedimientos de promoción, prevención y atención a los que se supone debe buscarse y encontrarse prontas soluciones.

En ese marco, a continuación, se presenta un análisis crítico de la realidad percibida y vivenciada por el grupo de pacientes mencionados con anterioridad y además, de los criterios y opinión presentada por los profesionales de primera respuesta médica, testigos de las medidas implementadas en las instituciones de salud pública tras la propagación de la Covid- 19; estas reseñas se abordan siguiendo los lineamientos estipulados por los instrumentos jurídicos nacionales, como son: la Constitución de la República del Ecuador; la Ley Orgánica de la Salud y el Acuerdo N° 00126 – 2020, emitido ante el Estado de emergencia sanitaria.

Las preguntas formuladas en la encuesta dirigida hacia los pacientes con enfermedades catastróficas indagan acerca de la atención en salud y los estándares del servicio; ante estas cuestiones los usuarios revelaron que no se mantuvieron las pautas necesarias para garantizar el derecho a una atención integral y oportuna transgrediendo sus derechos; esta afirmación es corroborada mediante afirmaciones donde exponen que presentaron varios inconvenientes para dar continuidad a sus tratamientos y chequeos médicos; asimismo, revelan que el sistema estaba colapsado y era casi imposible obtener citas médicas en fechas cercanas; no existían medicamentos ni tampoco los especialistas, lo cual provocó que presenten mayor malestar físico y disminución de las probabilidades para su recuperación por la irregularidad en torno a la intervención médica, por lo cual optaron por acudir a entidades de salud privadas para proseguir con los procedimientos necesarios para preservar su salud; textualmente un paciente revela “si quería vivir debía hacerlo”.

Por otro lado, mediante la encuesta y cuestionario construido para el personal de primera respuesta médica se obtuvieron datos donde un determinado porcentaje señala concordar con las opiniones antes emitidas por los usuarios; sin embargo, el porcentaje restante revela perspectivas diferentes en torno al manejo y atención de los pacientes.

En este aspecto, un grupo de los profesionales encuestados afirman que en la Unidad de Salud (Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IEES Ibarra) a la cual pertenecen se aplicó un protocolo de respuesta enfocado a las personas con enfermedades catastróficas que no presentaban Covid- 19; entre las principales estrategias que permitieron brindar una atención integral y segura citan: Instauración de protocolos de Triage de respuesta rápida para la valoración de pacientes con cuadros clínicos no Covid-19; además de la derivación y reagendamiento de las citas con el fin de precautelar la integridad de los usuarios; siguiendo los Art. 23 y 47 de la Ley Orgánica de Salud, por lo cual consideran que las medidas implementadas salvaguardaron el oportuno tratamiento y monitoreo de dichos pacientes.

Empero, el grupo restante del personal de primera línea médica de la misma institución de salud pública, si bien es cierto asegura que si se aplicó un protocolo de respuesta; sin embargo, las medidas implementadas no fueron suficientes para garantizar la intervención adecuada de los pacientes con enfermedades catastróficas sin diagnóstico Covid- 19; estos profesionales aseveran que las principales estrategias que obstaculizaron el servicio de atención integral y segura tal como lo garantiza los Art. 23 y 47 de la Ley Orgánica de Salud fueron las siguientes: las citas de atención fueron prolongadas en rangos mayores a la necesidad del paciente y además no se implementaron pautas para el seguimiento y monitoreo debido a las medidas de bioseguridad.

Con base en estos datos se puede presumir la infracción a varios artículos de los instrumentos jurídicos citados en párrafos anteriores; no solo hacia la Ley Orgánica de Salud, sino también a los lineamientos descritos por la Carta Magna ecuatoriana y el Acuerdo N° 00126 – 2020. En tal sentido, los apartados de la Constitución de la República del Ecuador que no se siguieron a cabalidad y en su caso, se infringieron son los citados en los siguientes párrafos:

En primer lugar, el artículo 32, sección séptima donde se detalla que la salud corresponde a un derecho que debe ser garantizado y precautelado por el Estado ecuatoriano, porque su ejecución se encuentra estrechamente vinculada al ejercicio del resto de derechos inscritos en este precepto, entre estos: el derecho al acceso a ambientes sanos, trabajo, seguridad social, alimentación, agua, cultura física, educación, entre otros que respaldan el buen vivir (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

A este aspecto cabe destacar que, el Estado es responsable de garantizar el derecho a la salud a través de políticas educativas, económicas, ambientales, culturales y sociales con lo cual, busca avalar la accesibilidad adecuada, permanente e inclusiva a servicios, acciones y programas que promuevan y atiendan de forma integral la salud en todos sus componentes; por tanto, la prestación del servicio salud se administrará desde los principios de: solidaridad, equidad, interculturalidad, universalidad, precaución, eficiencia, calidad, eficacia y bioética bajo el enfoque generacional y de género (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

En esa línea, la Defensoría del Pueblo de Ecuador (2021), corrobora los estatutos mencionados y menciona que:

La salud, además de ser un derecho, es un servicio público de obligatoria prestación por parte del Estado, que debe garantizar el mismo, de forma constante. El artículo 32 de nuestra Carta Magna prescribe a la universalidad, calidad, eficiencia, eficacia, enfoque de género y generacional, como principios que rigen la prestación de la salud (pág. 2).

Por tanto, con base en el precedente abordado en este documento y los instrumentos legislativos analizados se puede citar que el derecho a la salud es una obligación de la cual es responsable toda la nación, es decir, el gobierno de turno e instituciones competentes tienen la responsabilidad de garantizar se cumplan y vigilen todas las condiciones necesarias para asistir de forma oportuna la protección de la salud, la accesibilidad una atención integral en las entidades de salud, el acato a los conceptos de los procesos salud- enfermedad y los modos con los que se interpreta (cosmovisión); en otros términos, el Estado debe asegurarse que las demandas individuales del ser humano sean cumplidas, en especial todas las relacionadas con el entorno social, físico y ambiental, indispensables para el aseguramiento de la salud; descrita como un derecho inalienable y aplicable a todos los individuos sin discriminación referente a su estatus socioeconómico, cultura, raza, etnia, etcétera (González y Ruiz, 2018).

Asimismo, en el capítulo tercero, en torno a los derechos de los sujetos y/o grupos de atención prioritaria, artículo 35, este estatuto señala que las personas (...) y quienes padezcan alguna enfermedad de alta complejidad o catastrófica deberán recibir atención especializada y prioritaria tanto en las instituciones públicas como privadas (...) por ende, el Estado proporcionará protección especial a los sujetos en posición de doble vulnerabilidad (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Dentro de la “sección séptima Personas con enfermedades catastróficas Art. 50.- El Estado garantizará 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” (Asamblea Nacional Constituyente, 2008, pág. 38).

Mientras que, en el título sexto, derechos de libertad artículo 66, se reconoce y garantiza:

1. Derecho a la inviolabilidad de la integridad vital (...) 3. Derecho a la integridad de cada persona, incluyendo: a) La integridad moral, psíquica, física y sexual de todos los seres humanos (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Entonces, desde la perspectiva jurídica, la salud es una prestación social arraigada a cada uno de los individuos que forman parte de un país, la cual tiene como fin otorgar el estado de bienestar completo: físico, psicológico y social al ser humano desde la equidad e igualdad social; por tanto, puede someterse a exigibilidad a través de mecanismos seguros hacia un deudor, que por lo general es el mismo Estado (González y Ruiz, 2018).

En la segunda sección, salud artículo 358 se asegura que la autoridad sanitaria y el sistema nacional de salud tiene por objeto: desarrollar, proteger y recuperar las potencialidades y capacidades que aseguren una vida integral y saludable; artículo 359 se describe que este mismo sistema debe abarcar cada una de las dimensiones que conformen al derecho a la salud; los cuales deben ser garantizados desde su fomento, prevención, recobro y restitución en todos los niveles (...); artículo 363, señala que el Estado ecuatoriano tiene la responsabilidad de: (...) 7. Asegurar el acceso y disponibilidad de medicamentos eficaces, seguros y de calidad (...), como parte de los deberes de la salud pública que deben prevalecer sobre los comerciales y económicos (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

En ese sentido, siguiendo la jurisprudencia y doctrinas normativas, dentro del componente de los Derechos Humanos, cada nación posee cuatro obligaciones inseparables, estas no pueden ser ignoradas, sino cumplidas a cabalidad; estos deberes son: proteger, garantizar, respetar y promover los derechos humanos (Contreras, 2020).

Por otra parte, con relación a la Ley Orgánica de la Salud, cuya última modificación y actualización fue en el 2015, en el Capítulo I, derecho a la salud y medidas de protección, Art. 1 se define que, la finalidad de este estatuto es regular los ejercicios que favorezcan la

efectivización del derecho a la salud consagrado como universal en la Constitución de la República del Ecuador y la legislación, la cual se fundamenta en los principios de: integralidad, equidad, solidaridad, irrenunciabilidad, universalidad, participación, indivisibilidad, pluralidad, eficiencia y calidad desde un enfoque de género, derechos e interculturalidad (Asamblea Nacional Constituyente, 2015).

Es necesario mencionar que todos los acápites que conforman el cada uno de los capítulos que integran a esta Ley aluden a las obligaciones y responsabilidades que el Sistema Nacional tiene con el derecho a la Salud; sin embargo, existe un el tercer capítulo A que corresponde a un apartado añadido por la Ley No. 0, emitida bajo Registro Oficial 625, el 24 de enero de 2012 donde se especifica con mayor detalle los incisos que resguardan a los pacientes con enfermedades raras, catastróficas o huérfanas (Asamblea Nacional Constituyente, 2015).

A pesar de la explicación antes detallada el autor de este trabajo de investigación considera de suma relevancia y significancia citar de forma textual los siguientes artículos debido al impacto que general cada una de sus expresiones y, sobre todo, para que cualquiera de los profesionales de las Ciencias del Derecho o Jurídicas que aborde un estudio similar al planteado; estos incisos son:

“Art. 6.- Responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Numeral 6. Formular políticas y desarrollar estrategias y programas para garantizar el acceso y la disponibilidad de medicamentos de calidad” (Asamblea Nacional Constituyente, 2015, p. 2).

“Art. 154.- El Estado garantizará el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad y su uso racional, priorizando los intereses de la salud pública sobre los económicos y comerciales” (Asamblea Nacional Constituyente, 2015, p.26).

En función de los acápites descritos en los dos apartados anteriores se puede evidenciar los esfuerzos encabezados por las autoridades competentes del Estado ecuatoriano desde las normativas legales, quienes siguiendo los lineamientos postulados por la Organización Mundial de la Salud han direccionado y promovido estrategias pertinentes y sólidas para optimizar la calidad de vida del ser humano desde el componente salud; asimismo, en el marco de las premisas la Organización Panamericana de la Salud, que forma parte de las Naciones Unidas como delegación especialista del Sistema Interamericano de la Organización de Estados

Americanos, se asegura que continua esforzándose para que cada Estado miembros cumpla con eficacia los requerimientos presentados en el área de la salud (León y Mendoza, 2019).

En los siguientes párrafos se describen los lineamientos que se supone deberían haber respaldado los protocolos y lineamientos para el grupo de usuarios con enfermedades catastróficas, sin diagnóstico Covid- 19 durante marzo- septiembre 2020; dentro del Capítulo III-A (agregado), de las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas:

Art. 1.- El Estado ecuatoriano reconoce a las enfermedades catastróficas, huérfanas y raras como un asunto de interés nacional, en tanto, por intermedio de la autoridad nacional de sanidad debe implementar acciones para atender la salud todos los pacientes que pertenezcan a este grupo, con la finalidad de optimar su expectativa y calidad de vida, partiendo de los principios de: accesibilidad, disponibilidad, calidez y estándares de calidad para promover, prevenir, diagnosticar, tratar, rehabilitar, habilitar y curar. Los individuos que presenten estas patologías serán respetados bajo condiciones de vulnerabilidad doble (Asamblea Nacional Constituyente, 2015).

Art. 2. La Autoridad Sanitaria Nacional tiene las siguientes responsabilidades: a) Pronunciar protocolos enfocados en la atención de pacientes con enfermedades catastróficas, donde deberán participar sociedades científicas para el establecimiento de criterios, directrices y procedimientos para el diagnóstico y tratamiento; b) Promocionar, sistematizar y desarrollar investigaciones para estudiar enfermedades catastróficas con el objeto de predisponer diagnósticos y tratamientos tempranos en beneficio de una mejor expectativa y calidad de vida; c) Vigilar y regular, en combinación con los entes competentes, a las sociedades de seguros o instituciones que presten atención en medicina pre pagada; d) Controlar la búsqueda frecuente de pacientes con signos y síntomas asociados a enfermedades catastróficas, siguiendo los lineamientos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para resguardar el registro de casos; e) Implementar medidas oportunas que permitan la adquisición permanente, oportuna y gratuita de insumos y medicinas especiales para la atención de pacientes con enfermedades consideradas como catastróficas, huérfanas o raras; f) (...) (Asamblea Nacional Constituyente, 2015).

Art. 3.- La Autoridad Sanitaria Nacional tiene la responsabilidad de crear e implementar un sistema de registro para los pacientes que sufran de enfermedades catastróficas, huérfanas o

raras para asegurar el reporte constante y obligatorio de las entidades que prestan servicios de salud tanto públicos como privados (Asamblea Nacional Constituyente, 2015).

Art. 4.- La Autoridad Sanitaria Nacional deberá promover procedimientos destinados a la capacitación de todos los profesionales y personal de salud (pregrado, educación permanente, posgrado, etc) con la finalidad de divulgar información y datos científicos de las enfermedades catastróficas, huérfanas o raras (Asamblea Nacional Constituyente, 2015).

Art. 5.- La Autoridad Sanitaria Nacional estará encargada de regular la creación e intercambio de insumos y medicamentos especiales para el tratamiento de enfermedades catastróficas, huérfanas raras; y, deberá procurar por medio de la normativa expedida para el efecto, responsabilizarse de la suficiente y necesaria provisión de dichas medicinas para atender de forma óptima y eficaz las necesidades de cada uno de los pacientes. En tanto, este ente rector será responsable de promocionar mecanismos que favorezcan que los y las pacientes que padezcan estas patologías tengan somera accesibilidad a los insumos y medicinas especiales para su tratamiento (Asamblea Nacional Constituyente, 2015).

Con base a esto, Tinoco (2018), señala que:

Las enfermedades catastróficas son un problema global y constituye un desafío para el desarrollo social, en este sentido, el Estado tiene la obligación de aplicar las garantías que se encuentran amparadas por la Constitución y los Tratados Internacionales suscritos por el Ecuador, en los que se agrupa el compromiso por reforzar los sistemas de atención a la salud y su acceso a tratamientos de calidad (pág. 2).

Debido a que, el derecho a una vida digna y a una salud integral se relacionan y complementa la el uno al otro, y se protegen de modo que su coacción no puede escindirse. Sin el derecho a la salud no se podría ejecutar ni resguardar el derecho a la vida porque, más de una enfermedad son la causa principal de mortalidad del ser humano (Illescas, 2010).

Sin embargo, el auge del diagnósticos y demandas de las personas con enfermedades catastróficas ha dejado en evidencia las inconsistencias dentro del sistema de salud pública del Ecuador, lo cual claramente se reflejó durante el pico de contagios de Covid-19 cuando existía saturación de los hospitales y casas de salud.

En esa línea, Vargas (2020), refiere que el abordaje integral de la salud de los grupos prioritarios y en particular de los ciudadanos con de doble vulnerabilidad debido al padecimiento de enfermedades catastróficas, raras o huérfanas es un compromiso en deuda que mantiene la República del Ecuador porque en la mayoría de situaciones no ha sido cumplida de acuerdo, y por tanto se ha omitido y evadido con la normativa legal vigente, lo que ha producido la vulneración de la salud, uno de los derechos humanos esenciales citados en la Constitución Política ecuatoriana; la misma autora menciona que, es deber del gobierno y sus dependencias precautelarse y garantizar el estado óptimo de salud, no solo desde el componente biológico, sino también desde los factores relacionados con el disfrute de servicios y bienes que contribuyan al estado de bienestar completo del ser humano. En este sentido, la salud cimentada en desde la esfera bio- psico-social de las personas se ha transformado en un objetivo jurídico y social, donde los individuos con enfermedades catastróficas se hallan invisibilizados y desfavorecidos en la accesibilidad a una atención en salud integral, dando paso a la determinación de problemáticas sanitarias e incremento de la inequidad en la atención sanitaria y salud; provocando que, resultados expuestos por el sistema de salud pública no cumplan con los indicadores para lograr las metas planteadas por el Estado.

Por último, sobre el Acuerdo N° 00126 – 2020, donde textualmente refiere:

Declárese el estado de emergencia sanitaria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de salud, en los servicios de laboratorio, unidades de epidemiología y control, ambulancias aéreas, servicios de médicos y paramédicos, hospitalización y consulta externa por la inminente posibilidad del efecto provocado por el coronavirus Covid-19, y prevenir un posible contagio masivo en la población (Zeballos, 2020, pág. 1).

Las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través de este acuerdo postula los lineamientos descritos a continuación:

Art. 2.- Disponer que los establecimientos de salud pertenecientes a la Red Pública Integral de Salud, durante la vigencia de la presente declaratoria, procedan a priorizar los recursos económicos, de talento humano; y, demás medidas que se estimen necesarias para afrontar la presente declaratoria de emergencia (Ministerio de Salud Pública, 2020, pág. 2-3).

Art. 3.- Convocar a los máximos representantes de las instituciones que forman parte de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, a conformar la mesa de técnica de respuesta frente al COVID-19, presidida por el viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud (Ministerio de Salud Pública, 2020, pág. 3).

Art.9.- La Autoridad Sanitaria Nacional en su calidad de autoridad competente en materia de Salud Pública y manejo clínico de los pacientes actualizará y emitirá los protocolos, normas técnicas y demás instrumentos aplicables para la atención de la presente emergencia (Ministerio de Salud Pública, 2020, pág. 3).

No obstante, según los criterios emitidos por los pacientes previamente encuestados se presume que no se cumplieron a cabalidad los acápites mencionados en los párrafos anteriores puesto que de acuerdo con sus declaraciones anónimas se puede evidenciar la supuesta vulneración de su derecho fundamental enmarcado en la salud, y en particular, su condición de doble vulnerabilidad reconocida por la Constitución Política de la República del Ecuador.

Es importante recordar que en el Ecuador aproximadamente un millón de personas presentarían diagnóstico médico por enfermedades catastróficas, raras o huérfanas, lo que significa que durante el 2018 alrededor del 58% del total de 17.096.789 habitantes presentaría alguna de estas patologías. Comparado con información de otros países latinoamericanos se conoce que solamente Chile supera al Estado ecuatoriano en cuanto a la prevalencia de este grupo de enfermedades con el 68% de casos registrados. Mientras que, México superaría a los dos países porque tendría cerca de 7 millones de pacientes afectadas (Cortés, 2015; González et al., 2013; Carbajal, 2015).

Por tanto, es sumamente relevante identificar las consecuencias a nivel sanitario, social y psicológico generadas por las enfermedades catastróficas, huérfanas o raras, tanto para quienes las padecen como para sus núcleo familiar, las instituciones sanitarias y gubernamentales, en conclusión, para toda la sociedad; debido a que representa un elevado nivel de dependencia socioeconómico y de salud, por lo que es imprescindible que se creen servicios para la atención especializada de estas patologías, para que las posibilidades de errar en el diagnóstico y tratamiento sean mínimas y sobre todo, con el fin de promover procedimientos para su temprana detección, lo que favorecería la ampliación de la cobertura sanitaria (Ríos y Labbé, 2019).

7. CONCLUSIONES

- El Código Orgánico de Salud (2016) en su artículo 4, hace hincapié en el acceso universal, permanente, oportuno y continuo a la atención de forma integral e integrada para la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y los cuidados paliativos y de largo plazo. Durante el periodo de tiempo del lapso marzo-septiembre 2020, existieron pacientes que no mantuvieron su atención consecuenta debido a la falta de personal, falta de insumo y colapso en el sistema (Defensoría del Pueblo, 2021), por ende, si se considera que el Estado, la Jurisdicción y los Ciudadanos dependen entre sí para acceder y hacer cumplir los principios y derechos. La emergencia sanitaria por Covid-19, motivo a decretar estado de excepción por calamidad pública, mismo que priva de ciertos derechos a los ciudadanos, por ende, el Estado Ecuatoriano no ha lesionado desde un enfoque formal el derecho a la salud, no obstante, desde un visión ética y moral el actuar ha ocasionado el deceso de varias vidas, que no solo son cifras.
- Existe una reducción interna en los servicios de atención de consulta externa, emergencia y hospitalización del 39% del IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2021), así también, un 7.6% en los establecimientos públicos en las áreas mencionadas ut supra, conforme al artículo 24 de la Ley Orgánica de Salud y el reflejo de las estadísticas planteadas, existe un incumplimiento en este cuerpo legal en las Instituciones de Salud, es decir, se redujo el servicio de atención, derivación, control, entre otras, que para las personas cuadro diferente al Covid-19, afecto su calidad de vida y la de su entorno. Lo manifiesto se visibiliza por medio de los resultados obtenidos en la encuesta aplicada a pacientes donde el 100% refiere que los estándares de las instituciones de salud variaron, así también, el 100% presento problemas para continuar con su tratamiento. El art. 3 referente a los deberes primordiales del Estado, alude a que no existe una discriminación alguna de los diferentes instrumentos, por ende, la Institución de Salud Pública a través de sus protocolos de actuación vulneraron la garantizar al mismo, ya que no se toma en cuenta la realidad particular de cada sector y las necesidades de su población objeto.

Art, restringir derechos 11

Art. Art 32

- Las enfermedades mentales según refiere la Organización Panamericana de Salud (OPS) han incrementado sus porcentajes de padecimiento en los pacientes con enfermedades catastróficas o limitantes, se puede evidenciar en la población objeto de estudio a través de la recopilación informativa en la encuesta realizada, que en la pregunta 3 y 4, existe la presencia de sintomatología física y emocional debido a la no continuación de tratamiento. Conforme al artículo 32 de la Constitución, la salud es un derecho que garantizar el Estado, se resalta la importancia de brindar ambientes sanos, de seguridad física y social, ante la presente se puede concluir que el Estado no ha promovido lo mencionado ut supra postpandemia, por ende, aquí sí se puede visibilizar la vulneración en concordancia con el art. 3 del mismo cuerpo legal.
- La instauración de protocolos y el estado de excepción tras el decreto de calamidad pública han ocasionado estragos humanos, económicos e incluso legales, el presente estado fue decretado debido a la conmoción pública que ocasiono la Covid-19, frente al desorden interno se limitan ciertos derechos. Es importante resaltar que la bien mayor prima bajo la sana crítica es verdad, que a través de los diferentes reglamentos y normas legales expuestas se evidencio un no cumplimiento de la garantía a la salud, no obstante, los protocolos y rutas instaurados, al igual que las medidas permitieron generar un menor colapso del sistema, así como también, una menor propagación y mayor control sanitario.

8. RECOMENDACIONES

- El art. 32 y 359 de la constitución promueven el derecho pleno a la salud integral, en base a lo planteado, se sugiere a las Unidades de Salud trabajar en un plan de atención enfocado en los pacientes con enfermedades catastróficas durante un colapso en el sistema, con el fin de que garantice la recuperación y rehabilitación para cumplir los principios y derechos que los cuerpos normativos Nacionales e Internacionales estipulan.
- El reconocimiento pleno e igualitario de los derechos implica la consolidación de políticas que eviten la exclusión y fomente la convivencia social y política en base al respeto que se encuentra amparado en el Plan Nacional del Buen vivir, la Constitución ecuatoriana vigente e instrumentos internacionales que garantizan el derecho humano, es decir, se recomienda la socialización a los ciudadanos de los derechos que están plenamente respaldados y

protegidos por la legislación vigente en el país con el fin de que no solo las Unidades Médicas privadas y públicas garanticen el cumplimiento, sino también los ciudadanos.

- Se sugiere en base al art. 32 y el art. 14 de la Constitución Ecuatoriana, se establezca un plan de seguimiento postpandemia, a los ciudadanos con enfermedades catastróficas o huérfanas, con el fin de restituir el derecho a la salud que durante la Covid-19, no fue garantizado de manera plana debido al colapso del sistema de salud. Así también, trabajar con las familias ya que son afectados indirectos de las condiciones y estragos.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, D., Alcívar, F., Araujo, E. y Soxo, J. (2020). La ponderación de derechos para las decisiones judiciales en Ecuador. *Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 8, 61-71.
<http://www.revflacso.uh.cu/index.php/EDS/article/view/512>
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución de la Republica del Ecuador*.
- Asamblea Nacional. https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- Asamblea Nacional Constituyente. (2015). *Ley Orgánica de Salud*. Congreso Nacional.
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Cañizares, T. (2018). *La aplicación de la normativa sobre enfermedades catastróficas en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito, 2017* [Tesis de Pregrado, Universidad Central del Ecuador].
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/17451/1/T-UCE-0013-JUR-138.pdf>
- Casalí, P., Goldschmit, A. y Cetrángolo, O. (2021). *Respuestas de corto plazo a la COVID19 y desafíos persistentes en los sistemas de salud de América Latina*. Organización Internacional del Trabajo. http://www.ilo.org/lima/publicaciones/WCMS_768040/lang--es/index.htm.
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L. y Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 7(4), 15-16. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
- Chan, A. y Huak, C. (2004). Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occupational Medicine*, 54(3), 190-196.
<https://doi.org/10.1093/occmed/kqh027>

Comisión de Derechos Humanos. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos (Resolución 217 A III). Naciones Unidas.
https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr_translations/spn.pdf

Bravo, D. (22 de junio de 2017). Asamblea aprueba resolución a favor de pacientes con enfermedades catastróficas. *El Comercio*.
<https://www.elcomercio.com/tendencias/salud/asambleanacional-resolucionpacientes-enfermedadescatastroficas-ministeriodesalud.html>

Figueroa, O. (2015). *Criterio médico*. Ministerio del Trabajo.
https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/10/ENFERMEDAD_CATASTROFICA.pdf

Fuentes, F. (7 de abril de 2021). *La inequidad potencia el impacto de la pandemia por COVID-19*.
<https://magazine.oceanomedicina.com/actualidad/la-inequidadpotencia-el-impacto-de-la-pandemia-por-covid-19>

González, M. (18 d mayo de 2020). Drama de pacientes con enfermedades raras y catastróficas aumenta por el coronavirus. *Primicias*.
<https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/drama-enfermedades-rarascatastroficas-intensifica-covid/>

Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S. y Wessely, S. (2020). *Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic*. BMJ.
<https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>

Huremovic D. (2019). *Psychiatry of pandemics: A mental health response to infection outbreak*. Switzerland. Springer International Publishing.
<https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5>.

Illescas, O. (2010). *Garantía estatal de protección a personas con enfermedades catastróficas establecida en el artículo cincuenta de la Constitución de la República del Ecuador* [Tesis de Pregrado, Universidad de Cuenca].
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2967/1/td4420.pdf>

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (2021, marzo). *Estadísticas. Producción y facturación mensual 2019-2020. Establecimientos internos y externos*. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

- Machado, M., Jaramillo, M., Jiménez, J. y Mosquera, M. (2021). Análisis del derecho a la alimentación de personas en grupos vulnerables por enfermedades catastróficas. *Revista Universidad y Sociedad*, 13(4), 249-257. <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v13n4/2218-3620-rus-13-04-249.pdf>
- Mena, A. y Casali, P. (2021). *El sistema de salud ecuatoriana y la Covid. 19*. Organización Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---_americas/--_ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_799790.pdf
- Miembros Asociados de la Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Organización Mundial de la Salud. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/pdfestatal/i5.pdf>
- Ministerio de Salud. (12 de mayo de 2013). *El Ministerio de Salud garantiza atención integral, incluidos medicamentos, para quienes sufren enfermedades catastróficas*. <https://www.salud.gob.ec/el-ministerio-de-salud-garantiza-atencion-integral-incluidos-medicamentos-para-quienes-sufren-enfermedades-catastroficas/>
- Ministerio de Salud. (2016). *Enfermedades catastróficas, raras o huérfanas, según Ministerio de Salud*. Ministerio de Salud. https://www.obraspublicas.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2016/10/CENS_O_2016_TTHH_Enfermedadescatastroficas.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: Manejo integral en el primer nivel de atención*. Ministerio de Salud de la Nación. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34520/9789503802397_spa.pdf
- Molina, D. (2020, diciembre 16). Sistemas de protección social en salud en América Latina: Organización y articulación [Webinar].
- Naciones Unidas. (2015). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Naciones Unidas. https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
- Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Santiago (LC/G.2681-P/Rev.3). Naciones Unidas. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf

Naciones Unidas. (2021). *Plan de respuesta humanitaria Covid. 19 Ecuador*. Naciones Unidas.
<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/20200430-EHPECUADOR-COVID-19.pdf>

Oficina de las Naciones Unidas Alto Comisionado para los Derechos Humanos (1966).
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Resolución 2200 A XXI). Naciones Unidas.

Oficina de las Naciones Unidas Alto Comisionado para los Derechos Humanos (1969).
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Decreto Ejecutivo 37). Naciones Unidas.
http://www.pichincha.gob.ec/phocadownload/LOTAIP_Anejos/Lit_A/lit_a2/24_pacto_de_derechos_economicos_sociales_culturales_civiles_politicos.pdf

Oficina de las Naciones Unidas Alto Comisionado para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). *El derecho a la salud* (Folleto informativo N° 31). Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH). <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021). *Día Mundial de la Salud 2021 - Construir un mundo más justo y saludable*.
<https://www.paho.org/es/campanas/diamundial-salud-2021-construir-mundo-mas-justo-saludable>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*. OPS.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (17 de junio del 2020). *La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas*. <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afectofuncionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>

Parlamento Andino. (2021). *Principales medidas adoptadas por el gobierno ecuatoriano frente a la emergencia provocada por la COVID-19*. Parlamento Andino.
<https://www.parlamentoandino.org/images/actualidad/informes-covid/Ecuador/Principales-medidas-adoptadas-por-el-gobierno-ecuatoriano.pdf>

- Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F. y Escobar, F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology*. 48(4), 930. http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v48n4/es_2256-2087-rca-48-04-e301.pdf
- Rubiera, G. y Riera, J. (2004). Programa para mejorar la atención de las enfermedades crónicas. Aplicación del Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas. *Atención Primaria*, 34(4), 206- 209. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27pdf-13065832>
- Ruiz, M. (2018). *¿ Amparo Constitucional a Enfermedades Catastróficas, o Vulneración del Derecho a la Salud y del Derecho a la Vida?* [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional de Loja]. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/21178/1/Mar%C3%ADa%20Augusta%20Ruiz%20Ram%C3%B3n.pdf>
- Secretaría Técnica Planifica Ecuador (2020). *Evaluación Socioeconómica PDNA Covid- 19 Ecuador. Marzo-Mayo 2020*. Secretaría Técnica Planifica Ecuador. <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/12/EvalSoc-Econ10-Dic-ok.pdf>
- Suárez, T. y Cornejo, J. (2018). *Inexistencia de políticas públicas y el derecho a la salud en enfermedades catastróficas* [Tesis de Pregrado, Universidad Autónoma de los Andes]. <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/12179/1/ACTFMDCO0132021.pdf>
- Tinoco, M. (2018). *La salud como servicio público: un reto ante la vulneración del derecho a la salud de personas con enfermedades catastróficas y su acceso a medicamento* [Tesis de Pregrado, Universidad Católica Santiago de Guayaquil]. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12021/1/T-UCSG-PRE-JURDER286.pdf>
- Tobar, F., Bürgin, M., Hamilton, G., Lifschitz, E., Yjilioff, R. (2014). *Respuestas a las enfermedades catastróficas*. CIPPEC. <https://cippec.Org/wp-content/uploads/2017/03/1283.pdf>