



Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Facultad de Jurisprudencia

Escuela de Derecho

Trabajo de Integración Curricular Previo a la Obtención del Título de Abogada

Acceso al derecho a la salud en casos de derivación internacional de pacientes.

Análisis del caso C.G.B.H.

Anny Sofía Durán Naveda

Director: Mgtr. José Feliciano Valenzuela Rosero

Quito, D.M., 02 de diciembre de 2022

Resumen

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos manifiesta que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure salud y bienestar”. De este modo, el presente trabajo realizará una breve exposición del reconocimiento que tiene el derecho a la salud en diversos instrumentos nacionales y en la Constitución de la República del Ecuador. Así, la metodología a emplearse será descriptiva y exploratoria de información, pues se requiere exponer de mejor manera los puntos de mayor atención en cuanto a la inobservancia del derecho a la salud y atención prioritaria por parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; y empírica, con el análisis del caso C.G.B.H relacionado a la derivación internacional de pacientes, figura que otorga la posibilidad de que las personas sean atendidas fuera del país en casos de alta complejidad. La problemática surge cuando a pesar de cumplir con los requisitos necesarios para dicho beneficio, no se asegura el acceso efectivo a la salud, que como se mencionó, es un derecho que toda persona tiene.

Palabras clave: Derechos Humanos. Derivación Internacional de Pacientes. Derecho a la Salud.

Abstract

Article 25 of the Universal Declaration of Human Rights states that "everyone has the right to a standard of living adequate for his health and well-being". Thus, this paper will briefly describe the recognition of the right to health in various national instruments and in the Constitution of the Republic of Ecuador. This way, the methodology to be used will be descriptive and exploratory of information, since it is necessary to expose the points of greatest attention regarding the non-observance of the right to health and priority attention by the Ecuadorian Institute of Social Security; and empirical, with the analysis of the C.G.B.H case related to the international referral of patients, a figure that allows people to be treated outside the country in highly complex cases. The problem arises when, in spite of complying with the necessary requirements for such benefit, effective access to health care is not ensured, which, as mentioned, is a right that everyone has.

Keywords: Human Rights. International Referral of Patients. Right to Health.

ÍNDICE

Introducción	4
I. Reconocimiento del derecho a la salud en instrumentos y normativa internacional, nacional y como garantía para la realización de otros derechos.....	5
1.1. Derecho a la salud en el Sistema Universal de Derechos Humanos.....	5
1.2. Derecho a la salud en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos.....	7
1.3. Derecho a la salud en la Constitución de la República del Ecuador.....	8
1.4. Importancia del derecho a la salud como garantía para la realización de otros derechos.....	9
II. Importancia del derecho a la salud desde un enfoque de atención integral y de igualdad y no discriminación para la derivación internacional de pacientes.....	11
2.1. Atención integral en salud.....	11
2.2. Derecho a la igualdad y no discriminación.....	14
2.3. Derivación internacional de pacientes	18
III. Análisis de caso: C.G.B.H.	24
3.1. Breve resumen del caso C.G.B.H.	24
3.2. Análisis de las afectaciones de los derechos a la salud y atención prioritaria por parte del Comité Nacional Institucional para Derivación Internacional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.	
3.2.1. Afectación del derecho a la salud.....	30
3.2.2. Afectación del derecho a la atención prioritaria.	32
IV. Conclusiones y recomendaciones	34
4.1. Conclusiones.....	34
4.2. Recomendaciones	35
V. Referencias bibliográficas.....	37

Introducción

El presente trabajo gira en torno al derecho a la salud, el cual según la Organización Mundial de la Salud (2017) “incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente”, lo cual implica un compromiso total por parte de todo el personal y las entidades ligadas a la atención médica.

De manera más específica, es necesario contextualizar la importancia del reconocimiento del derecho a la salud en la derivación internacional de pacientes, beneficio que otorga el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social a sus asegurados cuando sea necesaria una intervención de alta complejidad que no pueda realizarse en establecimientos del Sistema Nacional de Salud del Ecuador, exponiendo los requisitos habilitantes para acceder a la figura mencionada.

En este sentido, se examinará el reconocimiento del derecho a la salud en diversos instrumentos internacionales, así como en la Constitución de la República del Ecuador. Además, resulta importante el análisis del acceso a la salud en la derivación internacional de pacientes, para lo cual se expondrá un caso de Ecuador.

Cabe destacar que, para este último punto, se tomarán en cuenta los hechos relevantes que dieron paso a la vulneración de los derechos a la salud y atención prioritaria de una persona que, pese a cumplir con los requerimientos necesarios para acceder a un tratamiento que le permitiera vivir de manera plena, le fue negada esta oportunidad.

De este modo, el derecho a la salud es un deber estatal cuyo cumplimiento debe ser realizado con un nivel de satisfacción alto para todos los ciudadanos (González, Fernández y Estupiñán, 2021, p. 60) lo que al igual que en el resto de derechos, supone un alto nivel de atención por parte de las autoridades competentes.

Finalmente, con el desarrollo de ciertas conclusiones y recomendaciones, se pretende identificar si existe una barrera para el acceso a la salud en la derivación internacional de pacientes, y si las entidades encargadas de garantizar el derecho a la salud, se apegan a los lineamientos señalados tanto en nuestra Constitución como en los diversos instrumentos internacionales.

I. Reconocimiento del derecho a la salud en instrumentos y normativa internacional, nacional y como garantía para la realización de otros derechos

1.1. Derecho a la salud en el Sistema Universal de Derechos Humanos

Para comenzar, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (DUDH, 1948, art.25).

De igual manera, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (PIDESC, 1976, art.12).

Es por esto que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) indica que:

El reconocimiento del derecho a la salud no significa evidentemente que sus beneficiarios tengan derecho a estar sanos. El Pacto subraya, más bien, la obligación de los Estados Partes de asegurar a sus ciudadanos el disfrute "del más alto nivel posible de salud". (Comité DESC, 2000, p.14)

En este punto, es importante recalcar que el alcance del derecho a la salud va más allá de “estar sanos”, pues dicho enunciado no significa que por el solo hecho de no sufrir ningún malestar, las personas habrán alcanzado el más alto nivel posible de salud, el mismo que según la Observación General N°14 del Comité DESC (2000) supone que el derecho a la salud se entienda como el goce de toda una serie de comodidades, bienes, servicios y circunstancias necesarias para alcanzar dicho nivel.

Así, la misma Observación General N°14 del Comité DESC (2000), expone que el derecho a la salud contiene una serie de elementos imprescindibles que deben aplicarse: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad.

Respecto a la disponibilidad, “cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas” (Comité DESC, 2000, p.3).

Esto implica el compromiso de todo Estado de garantizar que, si una persona requiere el acceso a cualquiera de los supuestos mencionados, va a contar con las alternativas suficientes para que su necesidad sea atendida.

Como complemento, la accesibilidad supone que dichos “establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna” (Comité DESC, 2000, p.4).

Es así que, ninguna persona puede ser discriminada a la hora de acceder o disponer de los distintos establecimientos, bienes y servicios de salud existentes.

En cuanto a la aceptabilidad:

Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate. (Comité DESC, 2000, p.4)

Por último, la calidad implica que:

Los establecimientos bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. (Comité DESC, 2000, p.4)

Respecto de los dos últimos enunciados, es importante destacar que la aceptabilidad puede ser entendida desde la tolerancia que toda persona merece a la hora de ser atendido por el personal médico correspondiente y desde la discreción, pues toda persona tiene derecho a guardar reserva del tratamiento al que se esté sometiendo.

De este modo, “cada gobierno debe establecer acciones encaminadas a permitir que sus ciudadanos cuenten con acceso al sistema de salud con todos sus elementos mencionados” (Illán y Hernández, 2021, p. 90).

Por todo lo expuesto, no se puede contemplar al derecho a la salud como un enunciado general, pues como se observó, comprende una serie de particularidades necesarias para su correcta aplicación y cumplimiento.

1.2. El derecho a la salud en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos

De manera general, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, señala que “toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica” (DADDH, 1948, art.11) lo que constituye no solo un enfoque individual, sino también complementario y sustancial para un nivel de vida adecuado.

Por otro lado, si bien el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador) es preciso en reconocer al derecho a la salud del mismo modo que los instrumentos mencionados en el punto anterior, también afirma que:

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

- a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables. (Protocolo de San Salvador, 1988, art.10)

En este punto, es importante manifestar que la categoría de “bien público” otorgada a la salud, supone que esta “debe cumplir con su fin supremo, que es el bien común” (Dubón, 2020). Así, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) dentro del caso *Ximenes Lopes Vs. Brasil*, manifestó que:

[...] Dado que la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados, éstos tienen el deber de regular y fiscalizar toda la asistencia de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción, como deber especial de protección a la vida y a la integridad personal [...]. (Corte IDH, Serie C No. 149, 2006, párr. 89)

Así, el deber de todo Estado de velar por los intereses de sus ciudadanos, en especial en materia de derechos como el de la salud no debe estar limitado, pues el caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile expone que:

[...] Respecto al derecho a la salud, sea en la esfera privada como en la pública, el Estado tiene el deber de asegurar todas las medidas necesarias a su alcance, a fin de garantizar el mayor nivel de salud posible, sin discriminación [...]. (Corte IDH, Serie C No. 349, 2018, párr. 127)

De manera complementaria, el artículo 1.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José), es claro en cuanto a la no discriminación, pues “los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que éste sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna” (Pacto de San José, 1978).

De este modo, es claro que el derecho a la salud tiene gran importancia tanto en el ámbito público como en el privado, pues de cualquier manera debe ser garantizado y tutelado para que todas las personas puedan gozar del mismo.

1.3. Derecho a la salud en la Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador resalta que, entre los deberes primordiales del Estado se encuentra el de “garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes” (CRE, 2008, art. 3).

Siguiendo esa línea, el artículo 32 garantiza el derecho a la salud, “cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir” (...) “la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad, eficiencia, eficacia” (CRE, 2008).

De este modo, la equidad en relación con la prestación de servicios de salud, “es un componente fundamental de la justicia que indica la ausencia de diferencias injustas entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021) lo que implica una

atención objetiva por parte del personal médico para todas las personas por igual. Así, la universalidad entonces supone el mismo alcance y acceso a los distintos servicios de salud para todas las personas.

Por otro lado, la solidaridad implica una “perspectiva comunitaria, que busca la salud colectiva” (Cuestas, 2020, p. 135). Por esto, ninguna persona puede quedar excluida de dicha búsqueda en conjunto, pues entonces el acceso y prestación de los servicios de salud tomaría una postura individual y no en comunidad.

En cuanto a la calidad, esta implica que las personas tengan a su disposición las instalaciones y los recursos necesarios para una atención completa y adecuada, pues se espera que los servicios de salud brinden seguridad, respaldo y que satisfagan las necesidades de quien acuda a ellos.

Así, “lograr eficiencia en salud, significa alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles” (Lam y Hernández, 2008, p. 5) lo que requiere una planificación exhaustiva para que dichos recursos sean suficientes a la hora de emplearse.

Finalmente, la eficacia marca “el grado en que un procedimiento o servicio puede lograr el mejor resultado posible” (Lam y Hernández, 2008, p. 4), para lo cual resulta fundamental que los profesionales de salud se comprometan con su trabajo y brinden siempre una atención íntegra y oportuna a todos sus pacientes.

1.4. Importancia del derecho a la salud como garantía para la realización de otros derechos

La Constitución de la República del Ecuador es clara en manifestar que “la Constitución y los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por el Estado que reconozcan derechos más favorables a los contenidos en la Constitución, prevalecerán sobre cualquier otra norma jurídica o acto del poder público” (CRE, 2008, art. 424).

Además, el artículo 426 del mismo cuerpo normativo expone que “los derechos consagrados en la Constitución y los instrumentos internacionales de derechos humanos serán de inmediato cumplimiento y aplicación” (CRE, 2008). De este modo, resulta importante

resaltar los principios bajo los que se rigen todos los derechos humanos, a saber: universalidad, progresividad, indivisibilidad e interdependencia.

En cuanto a la universalidad, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México (2016) establece que “los derechos humanos corresponden a todas las personas por igual, sin discriminación alguna, de ello se desprende el principio de universalidad” (p. 9).

Por otro lado, el principio de progresividad “reconoce una cierta gradualidad hacia su realización” (Illán y Hernández, 2021, p. 91). Es por esto que “este principio se relaciona de forma estrecha con la prohibición de retrocesos o marchas atrás injustificadas a los niveles de cumplimiento alcanzados, la “no regresividad” en la protección y garantía de derechos humanos” (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2016, p.12).

Ahora bien, los principios de interdependencia e indivisibilidad:

[...] están vinculados entre ellos y son indivisibles, que no pueden separarse o fragmentarse unos de otros. Los principios de interdependencia e indivisibilidad generan la obligación de otorgar igual importancia a todos los derechos humanos, cualquiera del que se trate, sean civiles, políticos, económicos, sociales o culturales. (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2016, p.10)

En este sentido, la Corte IDH en el caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador, expone que “los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana” (Corte IDH, Serie C No. 171, 2007, párr.117).

Asimismo, en el caso Guachalá Chimbo y otros Vs. Ecuador, la Corte IDH manifestó que “la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos” (Corte IDH, Serie C No. 423, 2021, párr. 100).

Igualmente, resulta importante mencionar que “el derecho a la salud es un derecho humano central, que a su vez permite el ejercicio de los demás derechos humanos” (Espinosa, 2021, p. 46). Es por esto que el derecho a la salud no se puede considerar como un derecho aislado del resto, pues su afectación puede perjudicar en conjunto a otros derechos humanos que requieren de igual atención.

De este modo, es primordial garantizar que el derecho a la salud no sea inobservado, pues es un derecho sustancial que no puede ser denegado bajo ninguna eventualidad.

Por lo expuesto, el derecho a la salud es esencial, no solo porque su vulneración puede afectar a otros derechos, sino también porque para su tutela se requiere de total compromiso

por parte de los prestadores de servicios de salud y de las autoridades dentro de cada ordenamiento jurídico.

II. Importancia del derecho a la salud desde un enfoque de atención integral y de igualdad y no discriminación para la derivación internacional de pacientes

2.1. Atención integral en salud

Ahora bien, tomando en cuenta que “es una responsabilidad del Estado organizar sus servicios para atender las necesidades del individuo y de las comunidades” (Ovalle, Palma, Echeverría y Rosales, 2010, p. 13), específicamente en el ámbito de la salud, este apartado es oportuno para terminar de comprender la importancia que reviste la garantía del derecho a la salud. Para tal efecto, resulta primordial exponer brevemente lo que implica una atención integral en el ámbito de la salud.

De este modo, la atención integral en salud puede entenderse como el “conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población” (Tobar, 2017). Pues como ya se estableció, los servicios de salud no pueden limitarse a un grupo en particular, sino que deben estar al alcance de todas las personas que así los requieran.

Además, según el Ministerio de Salud Pública (2013) dicha atención incluye los “procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (p. 12). Lo cual resulta elemental, pues el compromiso que implica para el personal médico la prestación de los servicios de salud, no puede estar ausente en ninguna de las fases mencionadas, así como tampoco la calidad de la atención en las mismas.

Así, en cuanto a la fase de promoción, se puede decir que sirve como una estrategia que “propone la creación de ambientes y entornos saludables, facilita la participación social construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables” (Julio, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011, p. 13). Para lo cual, es fundamental contar con la colaboración activa por parte de toda la población.

Asimismo, según el Ministerio de Salud Pública (2019) esta fase es entendida “como un proceso social que conlleva acciones dirigidas a fortalecer la capacidad de las personas para mejorar su salud” (p. 14). Lo cual, se puede concretar en la formulación de diversos programas de salud enfocados en una porción de la población en particular, como por ejemplo en favor de los adultos mayores o de niños y niñas.

Agregando a lo anterior, la fase de prevención, según la Organización Mundial de la Salud (1998) esta constituye “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (p.13). De modo que, resulta importante abordar los distintos niveles de clasificación que se le han otorgado a esta fase.

El primer nivel de clasificación corresponde a la prevención primaria, la cual contiene medidas y estrategias que según “pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud” (Julio et al, 2011, p. 12).

Por lo expuesto, dichas medidas implican el compromiso de los entes de salud de sugerir proyectos o iniciativas en el área de salud para beneficio de toda la población, pues es fundamental que todas las personas conozcan y accedan adecuadamente a los programas que puedan surgir de este enfoque preventivo.

En este sentido, resulta importante señalar que:

El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo: uso de condones para la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, donación de agujas a usuarios de drogas para la prevención del VIH y la hepatitis, programas educativos para enseñar cómo se trasmite y cómo se previene el dengue, prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad. (Julio et al, 2011, p. 12)

Así, dichos ejemplos conectan con lo expuesto con anterioridad en la medida que suponen un gran nivel de difusión e insistencia por parte de los departamentos sanitarios en coordinación con el resto de autoridades competentes. Pues de este modo se podría llegar a evidenciar la efectividad de la prevención primaria dentro de los sistemas de salud.

En cuanto al segundo nivel de clasificación, referente a la prevención secundaria, supone principalmente la presencia de un “diagnóstico temprano, captación oportuna y el tratamiento adecuado” (Colimón, 1978, p. 2). Pues, estos elementos resultan esenciales a la hora de controlar las enfermedades.

Lo mencionado resulta sumamente importante tomando en cuenta que las consultas periódicas de los usuarios que acceden a los servicios de salud, deben ser realizadas con toda la atención y cuidado posible, precisamente para que la prevención secundaria sea puesta en marcha.

De este modo, dentro del tercer y último nivel de clasificación correspondiente a la prevención terciaria, “son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente” (Julio et al, 2011, p. 13). Lo cual, se entiende que debe suceder una vez que la enfermedad ha llegado a ser diagnosticada.

Por todo lo mencionado, la fase de prevención junto con todas sus clasificaciones, resulta primordial para que efectivamente las personas tengan acceso a una atención integral en salud.

Ahora bien, es necesario continuar con el análisis de la fase de diagnóstico, la cual supone que las personas que han accedido a un servicio de salud, si “así lo requieren, con el objeto de precisar la situación actual del paciente en un momento determinado, le serán practicados con la prontitud necesaria y de manera completa los exámenes y pruebas que los médicos ordenen” (Parra, 2003, p. 99).

Es por esto que esta fase, al igual que las demás, requiere de total atención, pues sin un diagnóstico adecuado, queda restringida la posibilidad de acceder a un tratamiento oportuno que efectivamente ayude a superar un cuadro de enfermedad.

De igual forma, si el diagnóstico realizado es incorrecto, entonces conllevará a un tratamiento inadecuado, lo cual, evidentemente se aleja de una atención integral. Así pues, la fase de tratamiento implica que el procedimiento al que se someta una persona para tratar el problema de salud que presente, evite que su estado de salud empeore (Parra, 2003, p. 100).

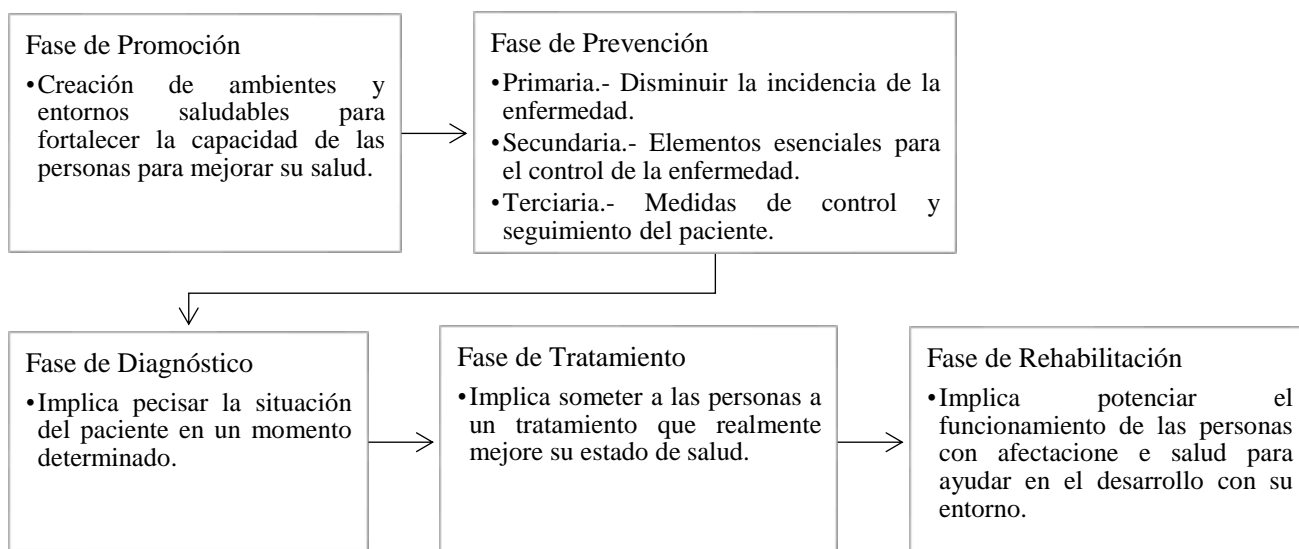
En consecuencia, la última fase corresponde a la rehabilitación, la cual según la Organización Mundial de la Salud (2021), puede definirse como “un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno”. Es decir, tiene por objetivo ayudar a dichas personas a mejorar su desenvolvimiento para que puedan continuar con el desarrollo de sus vidas con normalidad.

De este modo, es importante recalcar que esta fase tiene un alcance para “cualquier persona con algún problema de salud, agudo o crónico, alguna deficiencia o alguna lesión que suponga una limitación para su vida cotidiana” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Razón por la cual, no se la debe observar únicamente cuando se trata de afecciones graves de salud, sino que debe ser incorporada a la atención que se brinda de manera general a todas las personas que acceden a los diversos servicios de salud existentes.

Así, para un mejor entendimiento, el siguiente diagrama recapitula las fases ya analizadas de la atención integral en salud:

Fases de la Atención Integral en Salud



Fuentes: Varias, citadas en el presente apartado.

Elaboración propia.

Finalmente, tomando en cuenta lo que se ha mencionado hasta este punto, con una atención integral en salud no solo se estaría “contribuyendo a eliminar las barreras que impiden el acceso universal a la salud” (Ovalle et al, 2010, p. 13), sino que también se visualizaría la prestación de los servicios de salud desde una perspectiva de igualdad y no discriminación, lo cual será desarrollado en el siguiente apartado.

2.2. Derecho a la igualdad y no discriminación

Así pues, la Constitución de la República del Ecuador reconoce una serie de principios para el ejercicio de los derechos, pues “todas las personas son iguales y gozarán de los mismos

derechos, deberes y oportunidades” (CRE, 2008, art. 11), lo que implica una misma línea de protección y reconocimiento para las mismas.

De manera que, para dar inicio al análisis pertinente, resulta importante exponer lo mencionado por la Corte IDH en el caso Furlán y familiares Vs. Argentina respecto del derecho a la igualdad y no discriminación, pues:

[...] abarca dos concepciones: una concepción negativa relacionada con la prohibición de diferencias de trato arbitrarias, y una concepción positiva relacionada con la obligación de los Estados de crear condiciones de igualdad real frente a grupos que han sido históricamente excluidos o que se encuentran en mayor riesgo de ser discriminados. (Corte IDH, Serie C No. 246, 2012, párr. 267)

De este modo, la concepción negativa del derecho a la igualdad y no discriminación supone que, bajo ninguna circunstancia, en caso de existir diferencias de trato, estas pueden ser arbitrarias, pues existen situaciones que necesariamente van a implicar una distinción que no va a configurarse en discriminación.

Así, la concepción positiva del derecho a la igualdad y no discriminación puede entenderse como aquella que “requiere que los Estados reconozcan que existen sectores que se encuentran en desventaja y adopten políticas y acciones positivas para garantizar sus derechos” (Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH], 2019).

Dentro de dichos sectores, se puede evidenciar de modo ejemplificativo a las personas con discapacidad, quienes, de manera más específica, en relación con el acceso a la salud requieren de igualdad de oportunidades para poder recibir una atención médica adecuada e integral. Para lo cual, es responsabilidad de cada Estado la implementación de medidas y programas para tal efecto.

Siguiendo con la Constitución, esta “reconoce y garantizará a las personas: derecho a la igualdad formal, igualdad material y no discriminación” (CRE, 2008, art. 66 n 4).

Así, comenzando por la igualdad formal o también llamada igualdad ante la ley, esta implica que “todas las personas deben ser tratadas de igual manera” (Ávila, 2012, p. 72). Pues, todas las personas tienen derecho a “tener la certeza de ser protegidos por la ley de manera igualitaria, prohibiendo todo trato parcializado o diferenciado que propenda a ser injusto” (Piñas, Castillo, Zhinin y Romero, 2019, p. 4).

De igual manera, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) es claro en establecer que “todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación

a igual protección de la ley” (PIDCP, 1976, art. 26). Esta igualdad ante la ley, según la Corte IDH en la Opinión Consultiva OC-18/03, guarda relación “con el respeto y garantía de los derechos humanos” (Corte IDH, 2003, p. 83). Por lo cual, su omisión se traduciría en una grave vulneración de derechos.

De este modo, es importante tomar en cuenta que dicha relación de respeto y afianzamiento, además de depender de cada persona, “las autoridades en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos consignados en favor del individuo” (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2019). Por lo mencionado, la igualdad ante la ley está sujeta a una serie de condiciones que no pueden ser inobservadas, pues la misma no puede aplicarse de manera selectiva.

Por otro lado, según Piñas et al. (2019), “la igualdad material trata de obtener algo materializado y práctico”. Por lo cual, se entiende que, si bien es fundamental la existencia de una igualdad ante la ley, la misma debe establecerse de manera concreta para que, según la Defensoría del Pueblo (2019), “se garantice que los derechos serán ejercidos por todas las personas en las mismas condiciones y que tendrán acceso a las mismas oportunidades”.

El enunciado anterior permite resaltar la importancia del derecho a la igualdad en relación con el derecho a la salud, pues resulta evidente que no puede existir bajo ninguna circunstancia, una limitación o restricción que resulte discriminatoria en la prestación de servicios de salud.

En este sentido, la igualdad material supone además “la no discriminación en las concretas relaciones sociales, evitando así que se produzcan diferencias o desigualdades por razones étnicas, o culturales o por cualquier otra condición” (Loor, 2013).

Ahora bien, es importante comprender el término “discriminación”, así:

[...] la discriminación puede ser definida como una conducta, culturalmente fundada, y sistemática y socialmente extendida, de desprecio contra una persona o grupo de personas sobre la base de un prejuicio negativo o un estigma relacionado con una desventaja innecesaria, y que tiene por efecto (intencional o no) dañar sus derechos y libertades fundamentales. (Carbonell, Zepeda, García y Gutiérrez , 2007, 67)

Estas conductas de desprecio, que se traducen en actitudes discriminatorias, pueden estar “por acción u omisión relacionadas a que el sujeto activo haga o deje de hacer algo que distinga o excluya a una persona o grupo de personas, y que tenga como resultado el menoscabo de un derecho” (Defensoría del Pueblo, 2019, p. 31).

Así, la Corte Constitucional dentro de la sentencia No. 751-15-EP/21, estableció que “para la configuración de un tratamiento discriminatorio se debe verificar tres elementos” (CCE-751-15-EP/21, 2021).

El primero de ellos, hace referencia a un “elemento de comparabilidad entre los destinatarios de un acto o conducta específica, esto es, que [...] dos sujetos de derechos [estén] en igual o semejantes condiciones [...]” (CCE-751-15-EP/21, 2021). Es decir, este elemento surge en el supuesto de que entre dos personas que se encuentran en la misma posición, una de ellas reciba un trato diferenciado.

Así, el segundo elemento a considerar supone “la constatación de un trato diferenciado por una de las categorías enunciadas de forma ejemplificativa en el artículo 11.2 de la CRE” (CCE-751-15-EP/21, 2021). A saber:

Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación. (CRE, 2008, art. 11.2)

De ahí que se reafirme el hecho de que no puede existir una limitación o restricción para el respeto y la garantía de los derechos.

De este modo, el tercer y último elemento hace referencia a la “verificación del resultado por el trato diferenciado, que puede ser una diferencia justificada o una diferencia que discrimina” (CCE-751-15-EP/21, 2021).

Así, una distinción justificada surge “cuando se promueve derechos, mientras que la diferencia discriminatoria se presenta cuando se tiene como resultado el menoscabo o la anulación del reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos” (CCE-751-15-EP/21, 2021).

Asimismo, dicha diferencia discriminatoria se aleja totalmente de lo establecido en el Art. 3 de la Constitución de la República del Ecuador, pues uno de los principales deberes del Estado es “garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos” (CRE, 2008).

Por todo lo expuesto, además de que resulta primordial que el Estado cumpla con sus obligaciones de protección, también resulta importante que se mantenga un principio de respeto y tolerancia entre todas las personas para realmente disfrutar del derecho a la igualdad y no

discriminación, dejando de lado las limitaciones que entorpezcan su correcta aplicación y garantía.

2.3. Derivación internacional de pacientes

Ahora bien, para este apartado es importante considerar que, en cuanto al derecho a la salud, “es una responsabilidad del Estado organizar sus servicios para atender las necesidades del individuo y de las comunidades” (Ovalle, Palma, Echeverría y Rosales, 2010, p. 13).

En consecuencia, existen diversos servicios de salud, siendo uno de ellos la figura de la derivación internacional de pacientes, la cual, a primera vista puede considerarse como “una estrategia que garantiza una atención integral de salud” (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social [IESS], 2021).

Pues, como ya se estableció, la atención integral en los servicios de salud no puede limitarse a un grupo en particular, sino que debe estar al alcance de todas las personas que accedan a los mismos.

Así, esta figura es una posibilidad que otorga el IESS a las personas aseguradas cuando necesitan ser sometidas a una intervención de alta complejidad que no pueda llevarse a cabo en ningún establecimiento de salud a nivel nacional (IESS, 2021).

De este modo, según refiere la Norma Técnica para la Derivación y Financiamiento de Cobertura Internacional para la Atención Integral de Salud de Usuarios con Condiciones Catastróficas (2013), las personas beneficiarias de una cobertura internacional de salud, serán “todas y todos los ecuatorianos y extranjeros legalmente residentes en el territorio nacional con diagnóstico confirmado de alguna de las condiciones definidas como catastróficas, y que su requerimiento médico de alta complejidad no pueda resolverse a nivel nacional”.

Así pues, es importante mencionar que para que una condición sea catastrófica, debe cumplir con ciertas características, siendo la primera el hecho de que se trate de “patologías de curso generalmente crónico que suponen un alto riesgo para la vida de la persona” (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2013).

Es decir, que impliquen una limitación para el desenvolvimiento natural en las actividades cotidianas de las personas que padecen de dichas patologías, al punto de significar una amenaza para su vida.

Otras de las características a considerar, se observan en que el tratamiento para estas enfermedades crónicas, “es de alto valor económico e impacto social y que, por ser de carácter prolongado o permanente, el mismo pueda ser susceptible de programación” (MSP, 2013). Lo cual, implica que no necesariamente exista una atención inmediata, sino que se proyecten y se designen los cuidados que resulten pertinentes a medida que pase el tiempo.

De este modo, resulta apropiado exponer aquellas condiciones consideradas como catastróficas, las cuales comprenden:

Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón, todo tipo de valvulopatías cardíacas.

Todo tipo de cáncer.

Tumor cerebral en cualquier estadio y de cualquier tipo.

Insuficiencia renal crónica.

Trasplante de órganos: riñón, hígado, médula ósea.

Secuelas de quemaduras GRAVES.

Malformaciones arteriovenosas cerebrales.

Síndrome de Klippel Trenaunay.

Aneurisma tóracoabdominal. (MSP, 2013, 17)

Dicho esto, también es importante considerar que los organismos responsables de prestar este servicio de salud fuera del país, son aquellos:

[...] establecimientos de salud públicos o privados, en el exterior, con los cuales el Ministerio de Salud Pública tenga convenios y/o acuerdos interinstitucionales o que cumplan con los lineamientos dados por la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales del MSP, Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células (INDOT) u otros organismos relacionados o que cumplan criterios técnicos de calidad internacional. (MSP, 2013, 22)

Una vez que se ha superado lo mencionado hasta este punto, el Comité Técnico de Gestión de Personas con Condiciones Catastróficas (CTGPCC), el cual forma parte de la Subsecretaría de Gobernanza de la Salud Pública “analizará y resolverá que casos clínicos presentados y verificados deben ser tratados dentro o fuera del país, asegurando la oportunidad de acceso a las prestaciones de salud” (MSP, 2013).

Lo cual es fundamental, pues resulta evidente que no puede existir bajo ninguna circunstancia, una limitación o restricción para el acceso a la prestación de servicios de salud.

Así, los objetivos que tiene el CTGPCC son:

- a) Revisar la documentación de los casos solicitados para manejo médico de alta complejidad en el exterior con la finalidad de analizarlos y de ser el caso dar su aprobación para cobertura internacional.
- b) Elaborar un informe técnico completo y sustentado, sobre los casos de personas con Condiciones catastróficas que necesitan resolución inmediata.
- c) Establecer los mecanismos más idóneos para el seguimiento y monitoreo de las acciones de intervención tomadas por el Comité. (MSP, 2013, 23)

En resumen, se entiende que todo caso que se presente ante el CTGPCC, pasa por una revisión exhaustiva y no apresurada, lo cual, requiere de un alto nivel de compromiso y observación por parte de los miembros de dicho comité. A todo esto, cabe agregar las principales funciones que tiene que cumplir el mismo a la hora de supervisar los casos que terminan bajo su conocimiento.

En primer lugar, resulta fundamental la existencia de un “análisis para la resolución de los casos solicitados para manejo médico de alta complejidad en el exterior, mediante la revisión de la documentación habilitante” (MSP, 2013). Dicha documentación, comprende de manera esencial los documentos básicos de identificación de los pacientes, así como los estudios médicos respectivos que respalden su condición de salud.

En consecuencia:

Una vez que el expediente ingrese al proceso de análisis y resolución de los casos, el Comité, en un plazo máximo de 48 horas, emitirá en informe oficial si el manejo médico de alta complejidad se realizará o no fuera del país. (MSP, 2013)

Lo expuesto es sumamente importante, pues implica que la resolución de las solicitudes presentadas para hacer parte de la cobertura internacional, se emite con la mayor brevedad posible, precautelando así los derechos e intereses de aquellas personas que esperan ser tratadas bajo esta modalidad.

Asimismo, es importante tomar en cuenta que “las resoluciones tomadas en el Comité serán dadas por escrito, fundamentadas técnica, y éticamente” (MSP, 2013). En este sentido, la Corte Constitucional del Ecuador, dentro de la sentencia 1158-17-EP/21, establece que “la motivación de un acto es la expresión, oral o escrita, del razonamiento con el que se busca justificar dicho acto” (CCE-1158-17-EP/21, 2021).

Lo mencionado, compromete a las autoridades competentes a realizar un análisis oportuno a la hora de tomar cualquier decisión, pues la misma debe fundamentarse de manera tal que no queden dudas ni vacíos de los criterios que hayan sido empleados para llegar a la misma.

Así, para exponer de manera sucinta lo que implica el procedimiento de la derivación internacional de pacientes hasta este punto, resulta importante exponer el siguiente diagrama:

En este sentido, la existencia de una resolución por escrito del análisis previamente realizado por los miembros del CTGPCC, va a permitir evidenciar de mejor manera el razonamiento detrás de la decisión tomada por dicho comité para que los pacientes que esperan contar con una cobertura internacional, tengan un respaldo de que efectivamente su caso fue estudiado.

Adicionalmente, es importante observar la metodología que utiliza el CTGPCC para realizar el análisis mencionado.

De este modo, el caso al cual se le ha atribuido la condición de catastrófica, será enviado a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red Zonal para su respectiva observación y estudio de capacidad en la RPIS (Red Pública Integral de Salud) y la RPC (Red Privada Complementaria) a nivel zonal (MSP, 2013).

Sin embargo, en caso de no existir capacidad resolutoria a nivel zonal, “el expediente será enviado a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación” (MSP, 2013). En consecuencia, luego del análisis que realice el CTGPCC, este “podrá aprobar o no la solicitud de cobertura internacional para la atención integral de salud o solicitar se complemente la información médica” (MSP, 2013) de resultar necesario.

A su vez, posteriormente a la participación de la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales en la comunicación con los respectivos prestadores de salud del exterior, la unidad de gestión mencionada, “designará de entre los prestadores de servicios de salud en el exterior al que mejor cumpla los criterios de atención oportuna y de calidad” (MSP, 2013).

Lo mencionado reviste de suma importancia, pues una atención oportuna y de calidad conlleva “dar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones sanitarias que inciden sobre una población y sus individuos e implica la satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad para con estos servicios” (Forrellat, 2014, p. 181). Además, es preciso recordar que

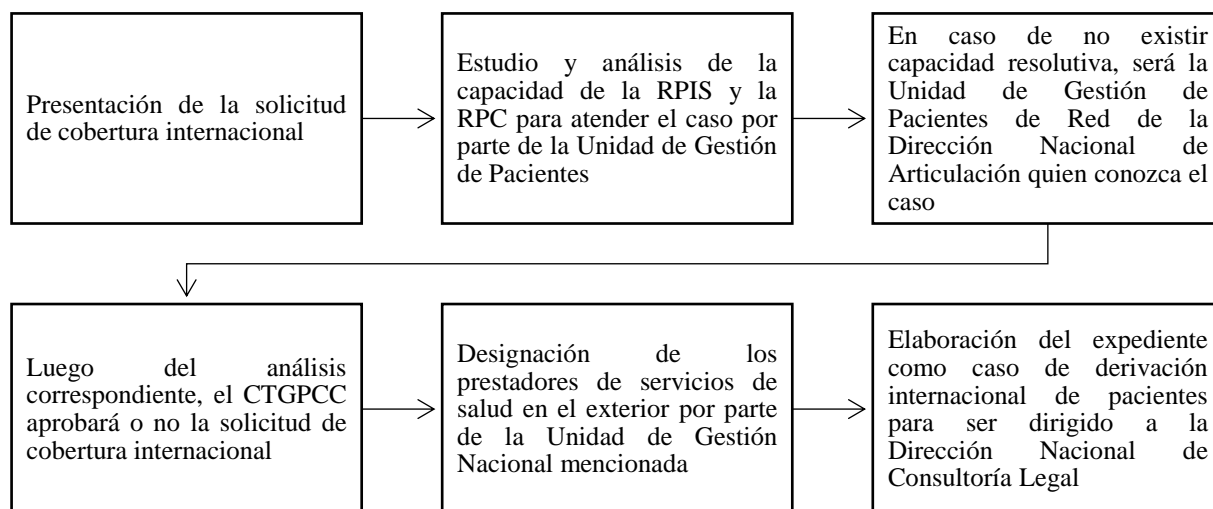
la calidad es uno de los elementos esenciales del derecho a la salud, por lo cual, la designación a realizarse necesariamente debe observar los criterios mencionados.

Ahora bien, luego de recibir el dictamen correspondiente por parte del CTGPCC y los respectivos informes sobre los prestadores de salud por parte de la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales, la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, deberá entre otras cuestiones, realizar el expediente de dicho dictamen como caso de cobertura internacional (MSP, 2013).

Así, una vez creado dicho expediente, el mismo tendrá que ser redirigido hacia la Dirección Nacional de Consultoría Legal, la cual “elaborará un contrato entre el MSP y el usuario o su representante legal y deberá suscribirse entre el usuario o su representante y la máxima autoridad del Ministerio o su delegado oficial” (MSP, 2013).

Ahora bien, para entender de mejor manera lo que se ha mencionado hasta este punto del análisis, corresponde la exposición del siguiente diagrama.

Procedimiento de Derivación Internacional de Pacientes



Fuente: Norma Técnica para la Derivación y Financiamiento de Cobertura Internacional para la Atención Integral de Salud de Usuarios con Condiciones Catastróficas.

Elaboración propia.

En esa misma línea, luego de que el expediente haya sido completado, le corresponderá a la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, guiar al usuario y enviar la documentación necesaria a la Coordinación General Administrativo Financiera del Ministerio de Salud Pública para gestionar el resto de gastos administrativos en los que se deba incurrir (MSP, 2013).

Por otro lado, en lo referente a la cobertura y la gestión financiera, el MSP “cubrirá los gastos que se encuentren contemplados en la cobertura internacional, generados por las prestaciones salud de alta especialidad de los usuarios con condiciones catastróficas, previo informe favorable del CTGPCC” (MSP, 2013).

Los gastos mencionados, abarcan aquellos complementarios y médicos. Los primeros, incluyen “movilización fuera del país (pasajes de ida y vuelta), alojamiento, alimentación y transporte del paciente y de un solo acompañante por un período de hasta 60 días” (MSP, 2013). Mientras que, dentro de los segundos, se incluye “hasta el monto definido máximo para cualquier persona” (MSP, 2013), excluyendo a los de alojamiento, alimentación y transporte.

Además, en cuanto al traslado hacia el lugar del prestador de servicios de salud del exterior previamente designado, tomando en cuenta el cuadro de salud que presente el paciente, se podrá analizar la posibilidad de que cuente con transporte aéreo medicalizado, lo cual resultaría idóneo en el supuesto de que el usuario se encuentre en una condición especialmente crítica (MSP, 2013).

Asimismo, es importante puntualizar que los gastos personales en los que pueda incurrir el paciente, no serán cubiertos por el MSP. Adicionalmente, si durante su estadía en el exterior el periodo de tiempo que comprende el servicio de salud requerido se llegara a extender, la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación será quien emita un informe al CTGCC para que dicha extensión de tiempo y por ende de cobertura, se apruebe o no (MSP, 2013).

Del mismo modo, cabe agregar que para que se haga efectiva la cobertura internacional del paciente, la Unidad de Gestión de Pacientes de Red de la Dirección Nacional de Articulación, “mediante el oficio de designación de prestador de servicios en el exterior, deberá remitir una copia a la Coordinación General Administrativo Financiera para el cálculo de viáticos y subsistencias, así como para la generación de la partida presupuestaria” (MSP, 2013) necesaria para tal efecto.

Para finalizar con el estudio de los aspectos más importantes referentes a la derivación internacional de pacientes, resulta oportuno señalar que una vez que el paciente haya regresado del exterior, este o su representante legal tendrá que justificar los gastos en los que haya incurrido ante la Coordinación General Administrativo Financiera para respaldar el buen uso de los mismos (MSP, 2013).

Por todo lo expuesto, es importante indicar que pese a que es fundamental que se busque el establecimiento de espacios donde las desigualdades en salud disminuyan considerablemente, existen ocasiones en las que este supuesto se ve afectado, lo cual, se desarrollará y expondrá de mejor manera en el análisis de caso que se desarrollará a continuación.

III. Análisis de caso: C.G.B.H

Como se ha expuesto hasta este punto, el derecho a la salud desempeña un papel importante dentro de la amplia gama de los derechos humanos, de este modo, cabe resaltar lo manifestado por la Corte IDH dentro del Caso Hernández vs. Argentina, pues todas las personas tienen derecho “a que su salud sea preservada” (Corte IDH, Serie C No. 395, 2019, párr. 70) lo cual, como ya se observó, se alcanza observando los diferentes parámetros existentes para una atención integral en salud.

3.1. Breve resumen del caso C.G.B.H.

De este modo, este apartado tiene como objetivo exponer y determinar las diversas vulneraciones que se pueden presentar en cuanto al derecho a la salud y atención prioritaria y de manera más concreta, en materia de la figura de derivación internacional de pacientes.

El presente caso aborda principalmente el análisis del acta ACT-DSGSIF-2021, emitida por el Comité Nacional Institucional para Derivación Internacional, perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Así, C.G.B.H, padre de un niño que requería el acceso a la figura en cuestión, llevó a su hijo al Hospital Oncológico de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (Hospital de Solca) a

fin de que le realizaran los estudios correspondientes para que se determine la enfermedad que padecía.

Dichos análisis, decretaron la aparición de marcadores tumorales, a partir de lo cual, finalmente se llegó al diagnóstico de la presencia de hepatoblastoma, una enfermedad por la cual, según el Instituto Nacional del Cáncer (2022), “se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos del hígado”, afectando considerablemente la salud del niño.

De manera subsiguiente a dicho diagnóstico, se inició la fase de quimioterapia, la cual, al no generar los efectos deseados, fue puesta a consideración de ser reemplazada por la posibilidad de que se dé un trasplante hepático, es decir, de hígado. Así, el caso expuesto llegó al conocimiento de un Comité Médico con Oncología y Cirugía Pediátrica y Hepática del Hospital de Solca para la evaluación de la situación del paciente y la posterior determinación del tratamiento más conveniente a seguir.

En esa misma línea, luego de la apreciación del caso con un enfoque en cirugía pediátrica al tratarse de un niño, el comité mencionado determinó la permanencia de “lesiones tumorales hepáticas sin evidentes cambios significativos en relación con estudio previo. Plan: continuar con el trasplante hepático” (ACT-DSGSIF-2021, 2021). Lo cual, deja en evidencia la urgencia con la que se debía proceder a la realización de dicha intervención quirúrgica, pues pese a que el paciente presentaba condiciones generales óptimas, tenía “como única opción de tratamiento trasplante hepático” (ACT-DSGSIF-2021, 2021).

Cabe destacar que, pese a la valoración mencionada, se intentó continuar con la quimioterapia, para lo cual, se optó por la utilización de un medicamento distinto al que se empleó inicialmente, a fin de evaluar si de esa manera, se presentaban mejoras.

No obstante, durante la reunión del Comité Nacional Institucional para Derivación Internacional, donde se discutió la condición del paciente para ser tratado fuera del país, una de las profesionales de salud tratantes, otorgó una actualización de la situación del paciente e indicó que, del contraste realizado entre la aplicación del medicamento inicial y del nuevo, “no existen mayores cambios y persistían el número y tamaño de las lesiones” (ACT-DSGSIF-2021, 2021).

Lo expuesto, de nuevo deja en evidencia que se debía tomar en cuenta la sugerencia de emplear un tratamiento distinto a la quimioterapia para combatir la enfermedad detectada, pues según la Sociedad Americana Contra El Cáncer (2017), los tratamientos deben ser seguros y

también eficaces para que puedan ser utilizados. De este modo, se estaría cumpliendo con la finalidad de contar con un tratamiento adecuado, es decir, de mejorar considerablemente el estado de salud de los pacientes.

Además, dentro de la reunión mencionada, se dirigieron ciertas preguntas hacia los oncólogos pediatras a fin de tomar una decisión, a lo cual, uno de ellos indicó que un paciente con el diagnóstico de hepatoblastoma, al recibir un “tratamiento con quimioterapia y cirugía de control local adecuada, tiene probabilidad de 70% de curación” (ACT-DSGSIF-2021, 2021).

Agregando a lo anterior, otro de los profesionales de salud no otorgó una respuesta optimista, pues señaló que “personalmente no trasplantaría a este niño y más del 80% - 90% de los grupos de trasplante no lo harían” (ACT-DSGSIF-2021, 2021). Lo cual, deja expuesto su criterio personal por sobre un análisis de carácter objetivo como el del primer experto mencionado.

Así pues, el primer cuestionamiento por parte del Comité Nacional Institucional para Derivación Internacional, surgió en el sentido de “si se puede asignar un órgano para un paciente que tiene pocas posibilidades o asignar a alguien que tiene muchas posibilidades” (ACT-DSGSIF-2021, 2021).

Lo mencionado, guarda relación con el hecho de que, a través de los trasplantes, el beneficio de los pacientes, es el de “una vida mejor, o incluso la posibilidad de vivir, frente a una vida no sólo sin calidad, sino agonizante” (Pfeiffer, 2006, p.17). Lo cual, en este caso implicaba examinar la posibilidad de un crecimiento y desarrollo saludable del niño en cuestión, de haber accedido al trasplante hepático requerido.

Así, resulta importante referir el siguiente cuestionamiento planteado en la medida que se considera que “no sería lógico hacer una inversión con poco potencial de éxito frente a tantos pacientes que se pueden salvar” (ACT-DSGSIF-2021, 2021). Olvidando así el hecho de que el paciente, tenía 70% de probabilidad de curarse y, por tanto, crecer en condiciones adecuadas.

Por otra parte, en la misma reunión, una persona delegada del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (INDOT), manifestó su preocupación en cuanto al hecho de que a los pacientes “se les dan largas de reunión en reunión y lamentablemente se pierde la oportunidad de trasplantarles” (ACT-DSGSIF-2021, 2021). Lo cual, inevitablemente significa que, debido a esto, el proceso llega a entorpecerse.

Además, queda por destacar criterios oncológicos adicionales emitidos posterior al análisis pertinente, pues también se expuso que “el paciente no tiene otra opción terapéutica para curarse” (ACT-DSGSIF-2021, 2021).

Asimismo, se manifestó que:

[...] el tratamiento que está recibiendo es lo último que se puede ofrecer al paciente, no hay más herramientas con las que se puedan ayudar al niño, si el paciente no se realiza una cirugía no se va a curar. Se puede administrar más quimioterapia, pero el paciente no responde. (ACT-DSGSIF-2021, 2021)

En esa misma línea, resulta importante tomar en cuenta que, una vez iniciado el tratamiento, “se debe supervisar los efectos en el paciente en relación con la cura o control de su problema de salud, así como su ineficacia y posibles efectos adversos” (Díaz, 2008, p. 8). Lo cual, en este caso en particular no se observó, pues pese a que se informó que la quimioterapia que se le estaba suministrando al paciente ya no le generaba ninguna mejora, no se dio paso al trasplante hepático requerido como única opción para curarse.

Así, se emitió la respectiva resolución del caso puesto a conocimiento del Comité Nacional Institucional de Gestión para Análisis de Derivación Internacional a Usuarios Pacientes, el cual manifestó que:

Luego de revisar la información remitida y de escuchar el criterio técnico en consideración a la evidencia presentada y a la comparación con el tratamiento actual a favor del trasplante hepático pediátrico, el Comité Nacional Institucional de Gestión para Análisis de Derivación Internacional a Usuarios Pacientes, resuelve no aprobar el caso para derivación internacional. (Comité Nacional Institucional de Gestión para Análisis de Derivación Internacional a Usuarios Pacientes, 2021, 9)

En este punto del análisis, cabe destacar que, en el apartado referente a la derivación internacional de pacientes, se manifestó que toda decisión tomada debía estar fundamentada de forma legal, ética y técnica; sin embargo, de lo expuesto, no se deduce que la negativa de derivación tenga una respuesta elaborada de forma crítica y propiamente justificada.

Así pues, es importante mencionar que el Manual de Procesos de Derivaciones del Servicio de Salud del IESS, indica que “en el caso de requerir una derivación internacional, para pacientes con enfermedades raras o huérfanas y catastróficas, se podrá autorizar exclusivamente procedimientos que no se realizan en el país” (IESS, 2016).

Pese a lo indicado en el manual mencionado y, además de que uno de los profesionales de salud participantes en el Comité Nacional Institucional de Gestión para Análisis de Derivación Internacional a Usuarios Pacientes, también manifestó que los trasplantes hepáticos pediátricos

no podían ser realizados en Ecuador, es decir, aunque la condición del paciente se ajustaba a dicho enunciado, de igual forma la decisión tomada dentro de la reunión respectiva, no fue satisfactoria.

Además, como complemento de lo ya expuesto mediante la Norma Técnica para la Derivación y Financiamiento de Cobertura Internacional para la Atención Integral de Salud de Usuarios con Enfermedades Catastróficas, referente a los requisitos que deben cumplir las personas que requieren acceso a la derivación internacional, el artículo 3 del Reglamento para la Derivación de Usuarios/Pacientes hacia Prestadores Internacionales de Servicios de Salud, establece que:

Para que un usuario/paciente pueda ser derivado a un prestador internacional de servicios de salud, debe cumplir los siguientes requisitos:

- a) Ser ecuatoriano o extranjero legalmente residente en el Ecuador;
- b) Ser beneficiario de la cobertura de la institución de la RPIS que solicita la derivación;
- c) Tener una condición de salud catastrófica o de alta complejidad, con un requerimiento médico de alta resolución, solicitado por un establecimiento de salud de la institución financiadora/aseguradora de la Red Pública Integral de Salud, que tenga evidencia científica de efectividad terapéutica; y
- d) Que el procedimiento médico solicitado para el usuario/paciente, no se realice en ningún establecimiento del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. (Reglamento para la Derivación de Usuarios/Pacientes hacia Prestadores Internacionales de Servicios de Salud, 2020, 4)

De este modo, es importante manifestar que, dentro del caso expuesto, el paciente en cuestión cumplía con todos los puntos mencionados, pues se trataba de un ecuatoriano que contaba con cobertura del IESS a través de su madre, es decir, era beneficiario de la Red Pública Integral de Salud, el cual, requería de un trasplante hepático oncológico que no podía ser realizado a nivel nacional; sin embargo, este criterio fue inobservado.

Por otro lado, el artículo 4 del mismo reglamento, expone en cambio los casos de excepción para acceder a la figura en cuestión, siendo tres de ellos, los puntos más relevantes a tratar.

Así, el primer punto se refiere a los individuos que no estarán sujetos a cobertura internacional para la atención médica correspondiente, refiriéndose a aquel “a) Usuario/paciente que no presente una enfermedad catastrófica o no requiera tratamiento de alta complejidad” (Reglamento para la Derivación de Usuarios/Pacientes hacia Prestadores Internacionales de Servicios de Salud , 2020, p. 4).

Este primer elemento, quedó superado, pues como se pudo observar en la exposición de la norma técnica ya analizada, dentro de la categoría de condición catastrófica cabe todo tipo de cáncer, que en este caso en particular se traduce a un diagnóstico de cáncer de hígado, siendo la única posibilidad de tratamiento un trasplante hepático. Por lo cual, no podía considerarse este enunciado para exceptuar al paciente en cuestión del acceso oportuno a la derivación internacional.

Un segundo elemento que resulta fundamental exponer, se refiere a todo “c) Usuario/paciente con solicitud de un procedimiento médico que no tenga evidencia científica de efectividad terapéutica y/o se encuentre en fase experimental” (Reglamento para la Derivación de Usuarios/Pacientes hacia Prestadores Internacionales de Servicios de Salud, 2020, p. 4).

Lo mencionado, tampoco se ajusta a este caso en particular, pues se determinó la existencia del 70% de probabilidad de que, mediante el respectivo trasplante de hígado, el paciente se cure, lo cual demuestra el éxito de este tipo de intervenciones quirúrgicas que ya han sido realizadas anteriormente, por lo que no se podría tampoco establecer que se encuentra en una fase experimental sin evidencias ya existentes.

El tercer elemento a tomar en cuenta se refiere a todo “d) Usuario/paciente con solicitud de un procedimiento de cirugía plástica con fin estético-cosmético” (Reglamento para la Derivación de Usuarios/Pacientes hacia Prestadores Internacionales de Servicios de Salud, 2020, p. 5). Lo cual, evidentemente se aleja de la realidad del caso expuesto, pues el trasplante hepático requerido tenía la finalidad de otorgarle al paciente un tratamiento con el que verdaderamente su condición de salud mejore, más no se trataba de una situación estética y no primordial.

Finalmente, en este punto del análisis, resulta necesario puntualizar el hecho de que al ser los especialistas del Hospital de Solca quienes solicitaran que se dé la derivación internacional del paciente en cuestión, para que de este modo pudiera acceder a un trasplante hepático debido a la poca efectividad que tenía la quimioterapia en el mismo, cumplieron con otorgarle al paciente una atención integral en salud por lo menos hasta la fase de tratamiento, pues la negativa demostrada en la resolución entregada por el Comité Nacional Institucional para Derivación Internacional, afectó y cambió considerablemente su situación.

3.2. Análisis de las afectaciones de los derechos a la salud y atención prioritaria por parte del Comité Nacional Institucional para Derivación Internacional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Ahora bien, como se ha podido observar, la Resolución ACT-DSGSIF-2021 emitida por el Comité Nacional Institucional para Derivación Internacional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, dentro de la reunión relativa al caso C.G.B.H para considerar la posibilidad de acceder a un trasplante de hígado por medio de la figura de derivación internacional de pacientes, no arrojó una respuesta positiva, vulnerando principalmente los derechos a la salud y atención prioritaria del paciente, los cuales, serán analizados a lo largo de este apartado.

3.2.1. Afectación del derecho a la salud

Para comenzar, es importante tomar en cuenta lo mencionado por la Corte IDH dentro del caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador en el sentido de que es responsabilidad de los Estados adoptar “medidas dirigidas a supervisar la prestación del servicio de salud y avanzar en la garantía de los derechos a la vida, integridad personal y salud a las personas que se encuentran bajo tratamiento médico” (Corte IDH, Serie C No. 171, 2007, párr. 132).

Así, respecto al derecho a la salud, resulta importante señalar que el artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador, establece que el “Estado garantizará el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud” (CRE, 2008).

Lo mencionado, no sucedió en este caso en particular, pues como ya se estableció anteriormente, la atención integral en salud debe darse en todas y cada una de las fases de atención médica; sin embargo, al paciente en cuestión, se le negó la oportunidad de someterse a un tratamiento que verdaderamente mejorara su condición de salud.

En esa misma línea, es importante recordar que el artículo mencionado, también establece ciertos principios por los cuales debe regirse la prestación de los servicios de salud, de los cuales, una vez que ya han sido explicados en el primer apartado desarrollado, queda exponer en qué sentido fueron inobservados.

De este modo, uno de los elementos esenciales vulnerado, es el de la equidad, pues según lo expuesto por la Corte IDH en el caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador, los servicios de salud, “deberán basarse en el principio de equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos” (Corte IDH, Serie C No. 298, 2015, párr. 173).

Lo mencionado, no guarda relación con lo sucedido, pues tomando en cuenta que, de lo señalado respecto de la derivación internacional de pacientes en la norma, reglamento y manual correspondientes, se infiere que toda persona que cumpla con los parámetros establecidos dentro de los mismos, puede acceder a la figura en cuestión; sin embargo, no fue así.

Así, otro elemento importante a considerar es el de la calidad que deben tener los servicios de salud. En este sentido, la Corte Constitucional del Ecuador en la sentencia 1000-17-EP/20, manifiesta que “los factores que permiten delimitar la calidad de un servicio se encuentran determinados por los estándares que son propios de cada prestación, que debe traducirse en la máxima satisfacción del usuario” (CCE-1000-17-EP/20, 2020, párr. 95).

Agregando a lo anterior, la misma Corte Constitucional establece en la sentencia 889-20-JP/21, que:

[...] la calidad se aprecia por el cumplimiento de estándares reconocidos para el servicio, a los que debe sumarse el grado de satisfacción de una persona usuaria. Si se cumple con los estándares y la persona está satisfecha por la forma cómo se realizó el servicio, será de calidad. (CCE-889-20-JP/21, 2021, párr. 86)

Así, tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, la prestación de un servicio de salud de calidad, implica que todo individuo que requiera el acceso a los diversos servicios de salud que, en este caso, se trata de la derivación internacional de pacientes, efectivamente lo obtenga, en condiciones óptimas y teniendo a su disposición los establecimientos adecuados para tal efecto.

No obstante, luego de la exposición del presente caso, se puede observar que esto no se cumplió, pues pese a que se determinó que el único tratamiento idóneo para tratar el cáncer de hígado del paciente en cuestión, era contar con un trasplante hepático en el exterior, la resolución negativa emitida por el comité evaluador ya mencionado, obstaculizó su goce y acceso efectivo a un servicio de salud de calidad, vulnerando así su derecho a la salud.

En esa misma línea, un último elemento que requiere de exposición es el de la eficacia, pues si bien este supone que, mediante la prestación de los servicios de salud se alcancen tantos

resultados favorables como sean posibles, esto se dejó de lado en el momento en que a pesar de que se estableció la importancia de que el paciente recibiera un trasplante de hígado como único tratamiento para combatir su cáncer de hígado, no se le concedió el acceso a la derivación internacional de pacientes para tal efecto, vulnerando así su derecho a la salud.

Finalmente, es importante puntualizar que cuando el derecho a la salud de una persona se ve vulnerado, ya sea porque su protección no fue garantizada o porque el acceso de la misma a los servicios de salud fue obstaculizado, se podría enfrentar también una vulneración conjunta de otros derechos. De ahí que resulte fundamental que se tomen las medidas de acompañamiento necesarias para que exista un goce efectivo del derecho a la salud.

3.2.2. Afectación del derecho a la atención prioritaria

Para este punto del análisis, resulta importante destacar lo establecido en la Constitución de la República del Ecuador respecto de las personas y los grupos de atención prioritaria. Así:

Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado [...] El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad. (CRE, 2008, art. 35)

Ahora bien, primero es necesario comprender mejor lo que implica una atención prioritaria y especializada. Para tal efecto, la Corte Constitucional del Ecuador otorga un concepto importante, por cuanto refiere que:

La atención prioritaria significa que, entre varias personas usuarias, quienes están en situación de vulnerabilidad tienen derecho a ser atendidas con preferencia. Entre varias personas que tienen derecho a recibir cualquier tipo de atención, las personas enumeradas en el artículo 35 tienen derecho de precedencia frente al resto. (CCE-889-20-JP/21, 2021)

Asimismo, respecto de la atención especializada, la misma Corte menciona que esta “implica que se debe atender las particulares situaciones que atraviesan o sufren quienes tienen derecho a atención prioritaria, y que, en la medida que sea posible, los servicios públicos y privados se adapten a sus necesidades” (CCE-889-20-JP/21, 2021, párr. 48).

Lo mencionado, implica que las instituciones y los prestadores de servicios de salud, deben estar preparados para atender a todas las personas que requieran atención médica, especialmente para aquellas que, por su condición, gozan de una atención prioritaria.

De igual manera, cabe destacar que puede suceder que una sola persona, presente más de una condición o situación que se enmarque dentro de lo ya expuesto en el Art. 35 de la Constitución y que, por tanto, requiera de una protección y cuidado especial.

En este sentido:

Si entre varias personas en situación de vulnerabilidad, una presenta más de una situación que le hace vulnerable, entonces la Constitución ordena que exista una especial protección. Esta protección significa poner mayor atención a las circunstancias de la persona y procurar el mejor cuidado posible. (CCE-889-20-JP/21, 2021)

Lo mencionado hasta este punto, permite establecer una relación con el caso de estudio, pues, el paciente en cuestión era un niño que padecía cáncer de hígado, es decir, una enfermedad catastrófica, lo cual, tomando en cuenta el enunciado anterior, implica una doble condición de vulnerabilidad y, por tanto, se esperaba que se cumpla con el acceso oportuno a una atención especializada. Además, es importante recalcar que el paciente necesitaba de cobertura internacional debido a que esta situación particular, no podía ser tratada en Ecuador.

Por esta razón, debía ser atendido con preferencia frente al resto de personas; sin embargo, como se observó, este camino fue obstaculizado al considerar una postura personal por sobre la exposición de un criterio médico que suponía el 70% de probabilidad de que siguiendo ese tratamiento, efectivamente su condición de salud mejore y se supere la fase del tratamiento para así continuar con la fase de rehabilitación, ambas parte de los elementos esenciales que se deben observar para brindar una atención integral en salud.

Por todo lo mencionado, el Comité Nacional Institucional para Derivación Internacional también vulneró el derecho a la atención prioritaria del paciente en cuestión, ignorando por completo lo establecido dentro de la Constitución de la República del Ecuador respecto de su condición de doble vulnerabilidad.

Es así que, dicha condición suponía tratar la situación del paciente en cuestión con esmero y con la certeza de que por medio del trasplante de hígado que requería, podía mejorar su condición de salud y, por ende, su calidad de vida.

Adicionalmente, es importante mencionar que el presente caso se judicializó al llegar al conocimiento del Centro de Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (CDH-PUCE), a lo cual, se presentó una acción de protección con solicitud de medida cautelar a fin de precautar los intereses de C.G.B.H y su hijo.

De este modo y gracias a la labor realizada por el CDH-PUCE, se dejó sin efecto la resolución ACT-DSGSIF-2021 en donde se resolvió no aprobar la solicitud de derivación internacional del paciente en cuestión, así como también se dispuso que se diera inicio al trámite correspondiente a dicha figura.

Finalmente, una vez que se logró el acceso del paciente en cuestión a la derivación internacional de pacientes y fue trasladado para que se inicie con el trasplante de hígado correspondiente, pese a que el mismo fue un éxito, murió por factores externos al procedimiento quirúrgico como tal, por lo cual, el criterio médico que indicaba un 70% de probabilidad de que el paciente pudiera curarse, terminó siendo correcto.

IV. Conclusiones y recomendaciones

4.1. Conclusiones

- Como se ha planteado a lo largo del presente trabajo, el derecho a la salud es un derecho humano que reviste de suma importancia tanto dentro de los diversos instrumentos de alcance internacional, como en la Constitución de la República del Ecuador, por lo cual, resulta fundamental que se precautele y prevenga su vulneración, pues es importante recordar que el mismo, al estar relacionado conjuntamente con otros derechos, implicaría una afectación aún más fuerte para las personas cuyo derecho a la salud haya sido transgredido.
- En esa misma línea, tomando en cuenta que el derecho a la salud implica que se sigan algunos principios, que como se ha mencionado a lo largo del presente trabajo, comprenden fundamentalmente la prestación de servicios de salud de calidad, orientados siempre a la equidad, universalidad, eficiencia y eficacia.
- Así, el derecho a la salud debe proyectarse desde un enfoque de atención integral, el cual, a su vez, debe brindarse en condiciones óptimas y seguras, pues no se pueden desmejorar las condiciones de salud de las personas que acceden a los distintos servicios de atención médica, sino que más bien, se trata de que dentro de todas las etapas que comprende precisamente una atención integral en salud, se observen los principios

básicos ya mencionados y que exista siempre compromiso por parte de los profesionales de salud encargados.

- Ahora bien, encajando el derecho a la salud dentro de la figura de la derivación internacional de pacientes, los principios relativos a los servicios de salud pueden verse alterados, pues tomando en cuenta la discusión llevada a cabo por el Comité Nacional Institucional para Derivación Internacional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en el caso expuesto, es evidente que no se observó el hecho de que el paciente que requería acceso a la figura en cuestión, cumplía con todos los requisitos y aun así, la decisión se centró en la opinión personal de uno de los profesionales de salud intervinientes, vulnerando así los derechos a la salud y atención prioritaria del paciente.
- Finalmente, se puede establecer que, de la mano de las vulneraciones de los derechos ya mencionados y analizados, dentro del caso C.G.B.H existió una barrera de acceso a un servicio de salud de calidad y por tanto, oportuno. Con lo cual, las entidades encargadas de garantizar dichos derechos no se apegaron a lo establecido tanto dentro de la normativa ecuatoriana, como dentro de los instrumentos de alcance internacional expuestos.

4.2. Recomendaciones

- Por lo expuesto, se recomienda que, dentro de los análisis de casos para derivaciones internacionales de pacientes, se implementen y se manejen criterios de objetividad previamente establecidos para que los profesionales de salud que intervengan en los distintos comités de análisis, no sobrepongan sus opiniones personales por sobre evidencias científicas o criterios realmente fundamentados en un análisis médico.
- En esa misma línea, se recomienda que se implementen una variedad de profesionales especializados en otras ramas de estudio tales como abogados, psicólogos o sociólogos a los comités de análisis, a fin de que dentro de la reunión y posterior resolución que supone la figura de la derivación internacional de pacientes, se pueda precautelar de forma más amplia los derechos e intereses de los pacientes y sus acompañantes en caso de existir.

- Finalmente, se recomienda la unificación de los instrumentos señalados a lo largo del presente trabajo, referentes a la Norma Técnica para la Derivación y Financiamiento de Cobertura Internacional para la Atención Integral de Salud de Usuarios con Condiciones Catastróficas, el Reglamento para la Derivación de Usuarios/Pacientes hacia Prestadores Internacionales de Servicios de Salud y el Manual de Procesos de Derivaciones del Servicio de Salud, pues de este modo, existiría una sola fuente de información que relacione el procedimiento, la metodología, los distintos términos y definiciones que puedan existir y los requisitos de la misma, precautelando así la claridad y el sentido de estos instrumentos en uno solo, para evitar confusiones en cuanto a su contenido.

V. Referencias bibliográficas

- Alfonso González, I., Romero Fernández, A. y Estupiñán Ricardo, J. (2021). Violación del derecho a la salud: caso Albán Cornejo Vs Ecuador. *Revista Universidad y Sociedad*, 13 (52), (pp. 60-65). Recuperado de <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2284/2256>
- American Cancer Society. (2017). *Tipos y fases de los estudios clínicos*. Recuperado de <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/6800.96.pdf>
- Ávila, R. (201208). *Los derechos y sus garantías: ensayos críticos*. Recuperado de <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6114/1/Avila%2c%20R-CON-012-Los%20derechos.PDF>
- Carbonell, M., Rodríguez, J., García, R. y Gutiérrez, R. (2007). *Discriminación, igualdad y diferencia política*. Recuperado de <https://www.corteidh.or.cr/tablas/27899.pdf>
- Colimón, K. (1978). *Niveles de prevención*. Recuperado de <https://issuu.com/viejo03/docs/nameb7c044>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2019). *Compendio sobre la igualdad y no discriminación. Estándares Interamericanos*. Recuperado de <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/CompendioIgualdadNoDiscriminacion.pdf>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2016). *Los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de los derechos humanos*. Recuperado de: <https://www.cndh.org.mx/documento/los-principios-de-universalidad-interdependencia-indivisibilidad-y-progresividad-de-los>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2019). *¿Qué son los derechos humanos?* Recuperado de <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación General N°14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

Constitución de la República del Ecuador [Const.]. (2008). 2da Ed. CEP.

Convención Americana de Derechos Humanos [Pacto de San José.]. (1978).

Corte Constitucional del Ecuador. (10 de marzo de 2021). Sentencia 889-20-JP/21. [JP Ramiro Ávila Santamaría].

Corte Constitucional del Ecuador. (17 de marzo de 2021). Sentencia 751-15-EP/21. [JP Daniela Salazar Marín].

Corte Constitucional del Ecuador. (20 de octubre de 2021). Sentencia 1158-17-EP/21. [JP Alí Lozada Prado].

Corte Constitucional del Ecuador. (23 de septiembre de 2020). Sentencia 1000-17-EP/20. [JP Carmen Corral Ponce].

Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador. Interpretación de la Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171.

Corte IDH. Caso Furlán y familiares Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246.

Corte IDH. Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298.

Corte IDH. Caso Guachalá Chimbo y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de marzo de 2021. Serie C No. 423.

Corte IDH. Caso Hernández Vs. Argentina. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2019. Serie C No. 395.

Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018, Serie C No. 349.

Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2003). *Opinión Consultiva OC-18/03. Condición jurídica y derechos de los migrantes indocumentados*. Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2003/2351.pdf>

Cuestas, E. (2020). El principio de solidaridad en la salud pública. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 77 (3), (p.135). DOI: <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n3.29998>

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. [DADDH.]. (1948).

Declaración Universal de los Derechos Humanos. [DUDH.]. (1948).

Defensoría del Pueblo. (2019). *El derecho a la igualdad y no discriminación de las personas en movilidad humana*. Recuperado de <https://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/2345/1/AD-DPE-006-2019.pdf>

Díaz, J. (2008). El Tratamiento Médico: Experiencia, Base Teórica y Método. *Rev haban cienc méd*, 7 (4), (pp. 1-10). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v7n4/rhcm09408.pdf>

Dubón, A. (2020). *La salud: bien público*. Recuperado de <https://dca.gob.gt/noticias-guatemala-diario-centro-america/testimonial/la-salud-bien-publico/>

Espinosa, D. (2021). Derechos económicos, sociales y culturales en la comunidad ciudad. En R, Méndez (ed.) *Migración y derechos sociales en la Amazonia: El caso de la ciudad intercultural*, (pp. 39-61). Quito: Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Forrellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 30(2), (pp. 179-183). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v30n2/hih11214.pdf>

González, A., Fernández, A y Estupiñán, J. (2021). Violación Del Derecho a La Salud: Caso Albán Cornejo Vs Ecuador. *Revista Universidad y Sociedad*, 13 (2), (pp. 60-65). Recuperado de <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2284/2256>

Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”. (2013). ¿Cuándo procede una Derivación Internacional? Hospital de Especialidades “Eugenio Espejo”. Recuperado de: http://hee.gob.ec/?page_id=15901

Illán Marcos, E. y Hernández Mier, C. (2021). El derecho a la salud es un derecho humano. *Revista CONAMED*, 26 (2), (pp. 89-94). DOI: 10.35366/100351.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2021). *ACT-DSGSIF-2021 Comité Ordinario No. D28-Caso N°2*. Quito, Ecuador.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (06 de septiembre de 2021). IESS suscribió segundo contrato de derivación internacional. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Recuperado de: https://iess.gob.ec/es/web/empleador/noticias?p_p_id=101_INSTANCE_DJ7t&p_p_lifecycle=0&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=2&_101_INSTANCE_DJ7t_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_INSTANCE_DJ7t_assetEntryId=17381039&_101_INSTANCE_DJ7t_type=content&_101_INSTANCE_DJ7t_groupId=10174&_101_INSTANCE_DJ7t_urlTitle=iess-suscribio-segundo-contrato-de-derivacion-internacional&redirect=%2Fes%2Fweb%2Fempleador%2Fnoticias?mostrarNoticia=1#:~:text=La%20derivaci%C3%B3n%20internacional%20es%20una,Nacional%20de%20Salud%20del%20Ecuador .

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2016). *Manual de Procesos de Derivaciones del Servicio de Salud*. Recuperado de <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/7229101/MANUAL+DE+PROCESOS+DE+DERIVACIONES+DEL+SERVICIO+DE+SALUD+.pdf>

Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, (1), (pp. 11-14). Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

Lam Díaz, R. y Hernández Ramírez, P. (2008). Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de salud? *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 24 (2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892008000200009

Loor, E. (2013). *Curso Sistemático de Derechos Humanos*. Recuperado de http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/edh/interdisciplinario/ddhh_c.htm

Ministerio de Salud Pública. (2013). *Norma Técnica para la Derivación y Financiamiento de Cobertura Internacional para la Atención Integral de Salud de Usuarios con Condiciones Catastróficas*. Recuperado de <http://hee.gob.ec/wp->

[content/uploads/dlm_uploads/2019/11/DERIVACIO%CC%81N-Y-FINANCIAMIENTO-DE-COBERTURA-INTERNACIONAL-PARA-LA-ATENCIO%CC%81N-INTEGRAL-DE-SALUD-DE-USUARIOS-CON-CONDICIONES-CATASTRO%CC%81FICAS.pdf](#)

Ministerio de Salud Pública. (2020). *Reglamento para la Derivación de Usuarios/Pacientes hacia Prestadores Internacionales de Servicios de Salud*. Recuperado de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC-00037-2020%20JULIO%2022.PDF>

Organización Mundial de la Salud. (10 de noviembre de 2021). Rehabilitación. *Centro de Prensa*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/rehabilitation>

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud glosario*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=B8271BC253E39102698449822A4A441B?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (29 de diciembre de 2017). Salud y Derechos Humanos. *Centro de Prensa*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/human-rights-and-health>

Organización Panamericana de la Salud. (26 de febrero de 2021). Equidad en Salud. *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>

Ovalle, L., Palma, S., Echeverría, G. y Rosales, P. (2010). *Modelo de Atención Integral en Salud*. Recuperado de: https://www.paho.org/gut/dmdocuments/Modelo_de_atencion_integral_en_salud_MSPA_S.pdf

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. [PIDCP.]. (1976).

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [PIDESC.]. (1976).

Parra, O. (2003). *El derecho a la salud en la constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales*. Recuperado de <https://www.corteidh.or.cr/tablas/27803.pdf>

Pfeiffer, M. (2006). El trasplante de Órganos: Valores y Derechos Humanos. *Persona y Bioética*, 10 (27), (pp. 8 - 25). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v10n2/v10n2a02.pdf>.

Piñas Piñas, L., Castillo Villacrés, H., Zhinin Cobo, J. y Romero Pérez, E. (2019). Análisis de la igualdad de derechos desde una visión neoconstitucionalista en Ecuador. *Revista digital de Ciencia, Tecnología e Innovación*, 6, (pp. 1-9). Recuperado de: <http://45.238.216.13/ojs/index.php/EPISTEME/article/view/1786/1342#:~:text=La%20igualdad%20material%20o%20igualdad,se%20la%20llame%20igualdad%20material>.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [Protocolo de San Salvador.]. (1988).

Tobar, F. (2017). *La atención de la salud. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación*. Recuperado de: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>.