



El derecho a la salud en las emergencias sanitarias

Leslit Estefany Machuca Moreno | [iD](#) Investigador independiente (Ecuador)

RESUMEN El derecho a la salud está internacionalmente reconocido como un derecho humano que garantiza a las personas el disfrute de una vida digna y con total bienestar. Los ordenamientos jurídicos de distintos países han reconocido la protección al derecho a la salud y lo han establecido como una obligación de los poderes públicos e instituciones estatales para que los ciudadanos puedan hacer uso y acceder a dicho derecho, sin restricción alguna. En muchos países, como es el caso ecuatoriano, se pueden presentar distintas acciones constitucionales como: acciones de protección, medidas cautelares o acciones extraordinarias de protección para poder prevenir, resarcir o mitigar la afectación a este derecho. En el caso español, el derecho a la salud es considerado como un principio rector de la economía y se encuentra vinculado a varios derechos fundamentales, como la integridad física y la vida, por lo que en caso de afectación al derecho a la salud se podría interponer un recurso de amparo hacia los derechos fundamentales para que de manera indirecta se otorgue protección a la salud. Con la aparición del covid-19 se verificó que no solo era necesaria la activación de la vía judicial-constitucional para hacer efectivo este derecho, pues la crisis sanitaria buscaba soluciones más fuertes para poder evitar la propagación del virus. Es así que cada Estado tuvo distintos retos gubernamentales que les obligó a tomar medidas urgentes y necesarias para intentar detener el contagio masivo. A pesar de todas las medidas tomadas, el sistema sanitario se vio colapsado por distintos factores sociales y económicos, esto ha servido de base para reforzar y establecer políticas públicas fuertes que permitan, en un futuro, hacer frente a cualquier situación similar.

PALABRAS CLAVE El derecho a la salud, asistencia sanitaria, políticas preventivas, covid-19, conexión de derechos fundamentales.

FECHA DE RECEPCIÓN 30/09/2023 FECHA DE APROBACIÓN 03/11/2023

Analysis of the crime of femicide suicide in Latinamerica and Spain. Is the difinition necessary?

ABSTRACT The pandemic caused by covid-19 has had a big impact on human health rights. This is internationally recognized as a human right, which guarantees people to live and enjoy their life. The legal systems of different countries have recognized the protection of the right to health and have established it as an obligation of public powers and state institutions so that citizens can make use of and access their rights, without any restriction. In many countries, such as in the case of Ecuadorians, many distinct constitutional actions can be brought up, such as: protection actions, cultural means or extraordinary actions to help prevent, mitigate the effect of this right. In the Spanish case, the right to health is considered like a principal to the economy and it can be seen bonded to many fundamental rights such as: the physical integrity and life, which in the case of an effect to the right to health it could interpose an appeal for protection of fundamental rights so that it indirectly grants protection to health. With the appearance of Covid-19, it was verified that it was not only necessary the activation of the judicial constitutional channel to make this right effective. Since the sanitary crisis searched for other solutions to prevent the spread of the virus. Thus, each state had distinct governmental challenges, which obligated and forced them to take immediate and urgent actions which were necessary to prevent and stop the massive contagion. Despite all the measures taken, the sanitary system was seen to be collapses due to several social and economic factors. This has served as a base to reinforce and establish strong public policies, which will allow in the future to deal with any similar situation.

KEY WORDS The right to health, healthcare, preventive policies, covid-19, connection with another fundamental rights.

INTRODUCCIÓN

La salud es un elemento fundamental e indispensable en la vida de las personas para que puedan desarrollarse personal y socialmente. Para que el acceso a la salud fuese considerado como un derecho humano fue necesario la existencia de varios acontecimientos históricos, como la aparición de enfermedades y altas tasas de mortalidad, que obligaron a la sociedad a tomar acciones adecuadas y oportunas. Con dichos antecedentes, la salud fue reconocida en los distintos convenios internacionales y con el tiempo cada Estado ha ido introduciendo este derecho dentro de sus Constituciones y ordenamientos jurídicos.

El Estado español y el Estado ecuatoriano han reconocido a la salud dentro de sus normas supremas y han desarrollado la legislación adecuada para poder ejercitar este derecho. La Constitución española de 1978 ubica al derecho a la protección de la salud dentro del capítulo correspondiente a los Principios Rectores de la Política Social y Económica, mientras que la Constitución ecuatoriana del 2008 articula a este derecho como uno fundamental, ubicándolo dentro de la categoría de derechos que pertenecen al régimen del Buen Vivir, que consiste en la satisfacción de todas las necesidades de las personas en paz y armonía con las diferentes culturas humanas.

Con la llegada de la pandemia de covid-19 se identificaron varios problemas que provocaron una crisis sanitaria, pues ya no solo era necesaria la activación de la vía judicial-constitucional para proteger al derecho a la salud, sino que también se debían tomar acciones y medidas urgentes para poder contener la pandemia, desde un ámbito político gubernamental.

Ambos Estados han desarrollado sistemas de salud que son el resultado de las relaciones institucionales, sociales y económicas encargadas de dirigir los procesos relacionados con la salud de la población. Los sistemas de salud son «distintos» en cada país y esto se debe a las diferentes situaciones por las que atraviesa cada uno: sociales, económicas y políticas.

Es importante manifestar que España es un país miembro de la Unión Europea, posición que le permite tener mayores beneficios frente a varios países latinoamericanos. Esto ha facilitado que el país tenga ayuda y cooperación internacional eficiente, oportuna y estratégica ante cualquier tipo de eventualidad, así mismo, tiene una gran financiación y presupuesto para el gasto público en el sistema sanitario; como resultado de aquello goza de buenas infraestructuras y abastecimiento suficiente de insumos y recursos médicos.

En Ecuador, las medidas con fines de contención de la pandemia fueron las mismas dispuestas en otros países, pero a pesar de haber adoptado dichas medidas, el Estado ecuatoriano no logró cumplir con la planificación por deficiencias presupuestarias destinadas a la salud, esto ocasionó una crisis al sistema sanitario. Además, las brechas sociales y económicas crecieron, reflejándose una gran desigualdad entre los ciudadanos pues no todos podían acceder a centros médicos privados.

Partiendo de estas premisas, el presente artículo ofrece un análisis de los distintos momentos por los que ha atravesado la asistencia sanitaria y cómo la pandemia por covid-19 ha dejado grandes enseñanzas para transformar y mejorar los sistemas sanitarios.

EL DERECHO A LA SALUD Y SU CONTENIDO CONSTITUCIONAL

El derecho a la salud es un derecho humano reconocido internacionalmente por tratados y convenios internacionales. Entre los más importantes se encuentra la Declaración

Universal de Derechos Humanos, la cual en su artículo 25 señala que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que asegure la salud y su bienestar.

En este sentido, los ordenamientos jurídicos de distintos países han reconocido la protección al derecho a la salud como parte del compromiso con los derechos humanos y lo han establecido como una obligación de los poderes públicos e instituciones estatales para que los ciudadanos puedan hacer uso y acceder a dicho derecho, sin restricción ni discriminación alguna.

El Estado ecuatoriano, para cumplir con los lineamientos internacionales, en el artículo 32 de la norma suprema, textualmente, ha establecido que el derecho a la salud 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. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva¹.

Es decir, que el reconocimiento del derecho a la salud tiene un doble carácter: en primer lugar, se aspira a que todas las personas tengan una adecuada calidad de vida, y en segundo lugar, el Estado tiene la obligación de garantizar la accesibilidad y eficacia de todos los servicios de salud, promoviendo políticas para prevenir y controlar cualquier tipo de enfermedades.

Ahora bien, es importante señalar que la Constitución ecuatoriana no es un mero documento político con enunciación de principios, sino una norma jurídica directamente vinculante. El art. 32 de la Constitución de la República del Ecuador se refiere a la salud como un derecho fundamental de resguardo y seguridad, ya que actúa desde un punto de vista protector, disponiendo que la norma infraconstitucional sea la encargada de desarrollar el contenido del derecho.

Escobar Roca manifiesta que la salud es un bien jurídico de carácter constitucional e indica que el derecho a la salud puede protegerse desde dos aspectos distintos. El primer aspecto se refiere a que la salud puede ser protegida desde un ámbito individual (personas y casos específicos, otorgándose asistencia sanitaria y medicamentos), y el segundo aspecto, desde un ámbito público (acciones del Estado dirigidas a proteger la salud colectiva)². En la misma línea, Rodríguez-Rico Roldán afirma que el derecho a la salud obliga a los poderes públicos a abstenerse de poner en peligro la salud de los ciudadanos (obligación negativa) y a llevar a cabo todas las medidas y acciones dirigidas a proteger la salud de la colectividad. Esto permite que el Estado tenga una actitud preventiva y reparadora, ya que en el contenido constitucional del derecho se incluyen acciones colectivas e individuales dirigidas a lograr un nivel sanitario satisfactorio de la población. Es decir, los poderes públicos no solo han de proteger a los ciudadanos frente a los riesgos que puedan perjudicar la salud, sino que también implementarán políticas en las entidades públicas para ofrecer una asistencia sanitaria que garantice la protección de la salud³.

Por otro lado, el derecho a la salud tiene estrecha relación con otros derechos fundamentales, conforme lo ha señalado el mismo texto del artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador. Esto permite que su nivel de protección pueda extenderse con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas y de esta manera cumplir con el ideal del Buen Vivir.

1 Constitución de la República del Ecuador (2008).

2 Escobar Roca, G., «Los derechos sociales de prestación», en D. Blanquer (coord.) *Covid-19 y derecho público*, Valencia, Tirant Lo Blanch, 2021.

3 Rodríguez-Rico Roldán, V., «El sistema multinivel de asistencia sanitaria: tensiones y desafíos en su articulación», Granada, Ed. Comares, 2017, pp. 37-39.

La Corte Constitucional del Ecuador se ha referido a este derecho en la sentencia 364-16-SEP-CC, de 15 de noviembre del 2016, y en lo pertinente concluye que:

«El derecho a la salud constituye un derecho de contenido complejo o diverso, en tanto no puede ser considerado únicamente como la ausencia de enfermedad en un momento determinado; sino que implica también la obligación que tiene el Estado de actuar de forma preventiva por medio de servicios y prestaciones que permitan un desarrollo adecuado de las capacidades físicas y psíquicas de los sujetos protegidos, así como brindar atención médica, tratamiento de enfermedades y suministro de medicamentos a las personas que se ven afectadas en su condición de salud. De igual forma, el derecho a la salud impone la obligación al Estado, por un lado, de fortalecer los servicios de salud pública y, por otro, de asegurar las condiciones para que los ciudadanos puedan acceder de manera permanente a servicios de salud de calidad y calidez sin ningún tipo de exclusión. Por tanto, resulta necesario que el Estado trabaje en el diseño y construcción de políticas públicas que garanticen la promoción y atención integral de los servicios de salud»⁴.

Por lo tanto, conforme han señalado la Constitución y la Corte Constitucional (CC), el Gobierno está en la obligación de vigilar la salud de todos los ciudadanos ecuatorianos, pero para que estos objetivos puedan ser cumplidos se deben dictar y aplicar medidas sanitarias que beneficien las estrategias que son implementadas

No obstante, es importante mencionar que, si bien el Estado tiene la obligación de vigilar la salud de todos los ciudadanos, no podemos caer en la errónea idea de que el derecho a la salud es lo mismo que el derecho a estar sano. La salud depende de diversos factores que quedan fuera del control de los Estados.

MECANISMOS DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN LA LEGISLACIÓN COMPARADA

Existen diferentes mecanismos que han sido establecidos por la onu, los cuales han permitido realizar supervisiones respecto al cumplimiento de las obligaciones de los Estados. Esto permite que las garantías emanadas de esta Organización prevengan violaciones a los derechos humanos.

En igual sentido, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 16, dispone que todos los Estados miembros deben presentar periódicamente documentación de sus actos cada cinco años. En estos informes deben constar todas las medidas jurídicas, administrativas y judiciales que se hayan tomado con el fin de preservar y asegurar el respeto a los derechos humanos, en este caso, al derecho a la salud.

En España, el derecho a la salud es considerado como un principio rector de la política social y económica⁵, ya que forma parte del capítulo de los principios reconocidos en el capítulo tercero de la Constitución española (ce), siendo así un derecho social. Situación que genera «una protección débil o menos eficaz», sin embargo, existen muchos países que en sus ordenamientos jurídicos internos han reconocido garantías jurisdiccionales con gran fuerza e importancia para que el derecho a la salud pueda ser exigido de manera inmediata.

4 Sentencia 364-16-SEP-CC de 15 de noviembre del 2016 de la Corte Constitucional ecuatoriana.

5 Dalli Almiñana, M., *Derecho a la asistencia sanitaria y derecho a la salud. El sistema nacional de salud español*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2019, p. 18.

ESPAÑA

El Estado español, mediante el artículo 53 ce, protege tanto los derechos fundamentales del capítulo II del título I, así como también a los principios rectores de la política social y económica del capítulo III del mismo título (como lo es el derecho a la salud). Esta protección implica que los principios rectores tengan garantías menos eficaces que los otros derechos constitucionales estableciendo una clara diferencia al encomendar el respeto del contenido esencial de los derechos reconocidos como «fundamentales», no así para los derechos sociales.

De conformidad con el artículo mencionado existe una protección judicial de los derechos constitucionales en distintas escalas:

1. Puede interponerse un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional en los derechos establecidos en los arts. 14 a 29 ce.
2. Los derechos del capítulo III título I (donde se encuentra el derecho a la protección de la salud) solo se pueden interponer ante la jurisdicción ordinaria conforme la ley que lo desarrolla lo disponga.

Además, se debe señalar que el art 50.1.b de la Ley Orgánica del Tribunal Constitucional admite recursos de amparo en aquellos supuestos en que exista una especial trascendencia constitucional.

En este contexto y como se ha manifestado en líneas anteriores, el derecho a la salud y el derecho a la asistencia sanitaria tienen conexión con el derecho a la vida, integridad física y otros derechos fundamentales, puesto que si existe vulneración del derecho a la salud pueden quedar afectados estos derechos mencionados.

Para Díaz Crego, el Tribunal Constitucional español protege de manera indirecta ciertos derechos sociales e indica que reclamar la protección de un derecho social en relación con el principio de igualdad y de prohibición de discriminación reconocido en el artículo 14 permite analizar en sede judicial si las condiciones de acceso o de ejercicio a un derecho social han sido discriminatorias para una persona o un grupo determinado⁶.

Conforme a lo establecido, el derecho a la salud también se ha visto protegido por su conexión con otros derechos fundamentales, específicamente con el derecho a la integridad personal cuando existe un grave peligro para la misma, así lo afirmaron las sentencias stc 35/1996, de 11 de marzo, y 33/2011, de 28 de marzo. De igual manera, se han presentado casos donde existe vulneración al derecho a la inviolabilidad del domicilio que puso en riesgo la salud y la integridad física de las personas, como es el caso López Ostra.

La protección del derecho a la salud debe ser interpretada en relación con otros derechos fundamentales conexos, pues es una forma de garantizar su seguridad mediante la vía constitucional. Si bien el derecho a la salud no es susceptible de recursos de amparo ni permite interponerse ante el Tribunal Constitucional, existen otros derechos fundamentales con contenido normativo que permiten que el derecho a la salud se desarrolle y pueda ser interpretado en vinculación a esos derechos.

ECUADOR

A diferencia del ordenamiento jurídico español y como se ha expresado en líneas anteriores, en Ecuador se reconocen los derechos sociales como derechos fundamentales,

6 Díaz Crego, M., «El Tribunal Constitucional español y la protección indirecta de los derechos sociales», en *Revista de los Derechos Sociales*, N.º 121, 2012, p. 50.

incluido el derecho a la salud, por lo que su protección judicial encuentra un blindaje constitucional mucho más fuerte y eficaz. La Constitución del 2008 da gran importancia y relevancia a las garantías protectoras de los derechos fundamentales y las concibe de manera integral, siendo denominadas «garantías jurisdiccionales». Las referidas garantías se encuentran establecidas en la Constitución y desarrolladas en la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional.

Estas garantías corresponden a un título independiente de los derechos y no se restringe a lo judicial.

En este sentido, el derecho a la salud está garantizado completamente por el Estado. En cuanto a las normas, el legislador y cualquier otra autoridad con competencia normativa tiene el deber de desarrollar y no restringir el derecho a la salud. En cuanto a las políticas públicas, la administración pública solo podrá realizar programas, planes y proyectos encaminados a promover y proteger la salud y, por último, si es que las leyes son inconstitucionales por violar el derecho a la salud o los actos administrativos o las políticas públicas violan el derecho a la salud, se puede demandar ante un juez su corrección y la reparación del daño, si lo hubiere.

Por lo tanto, no existe, en otras palabras, poder del Estado que no sea garante de los derechos reconocidos en la Constitución, y tampoco existe derecho alguno que no pueda ser exigido. El enunciado de que el máximo deber del Estado es proteger los derechos (art. 11.9) cobra, según lo expuesto, el máximo sentido⁷.

LAS EMERGENCIAS SANITARIAS EN LA NORMATIVA COMPARADA

En el siglo xvii, la peste negra fue una de las epidemias más devastadoras de la historia que afectó a Eurasia matando a millones de personas en el proceso, esto provocó que varias localidades quedaran totalmente despobladas. En los últimos 200 años también existieron otras pandemias como la del cólera y la gripe española que aparecieron en los siglos xix y xx, respectivamente. Cada una de estas pandemias provocó un impacto significativo tanto en la historia como en la forma con la que afrontó la salud pública.

Sin embargo, es importante preguntarse ¿si todas estas experiencias en crisis de salud han influido en la forma en cómo los Estados han manejado las pandemias en la actualidad?

Para responder a la interrogante hay que mencionar que en el siglo xxi, específicamente a finales del 2019 e inicios del 2020, aparece el covid-19 considerada una enfermedad infecciosa causada por un coronavirus denominado sars-cov-2.

El brote de covid-19 provocó que el 30 de enero del 2020, la Organización Mundial de la Salud (oms) declare una emergencia de salud pública de preocupación internacional. Posteriormente, el 11 de marzo del 2020, la oms declaró de manera oficial la realidad de la pandemia. Esta enfermedad, al igual que las anteriores pandemias, acabó con la vida de millones de personas ya que nadie estaba preparado para enfrentar una crisis sanitaria de tal magnitud, pues tuvo un tiempo de duración promedio a nivel mundial de dos años y medio. Algunos países actuaron con prontitud y lograron poner fin a la pandemia mucho antes que otros países.

Es cierto que a lo largo de los últimos tres siglos se ha visto la aparición de varias pandemias, una por cada siglo, y a pesar de que se han intentado implementar medidas sanitarias de prevención, no se ha logrado el objetivo deseado que es evitar que una enfermedad se vuelva una pandemia.

⁷ Ávila Santamaría, R., *El derecho a la salud en el contexto del buen vivir*, Quito, Cevallos, 2018, pp. 180-194.

La gran diferencia del covid-19 con las otras pandemias es la globalización, el aumento de comercio y viajes internacionales; todo esto provocó que la enfermedad se propagara inmediatamente. Por otro lado, el intercambio de información mediante las redes sociales permitió la difusión y circulación de imágenes e información alrededor del mundo. Es así como cada ciudadano era conocedor de cómo avanzaba la enfermedad y las medidas sanitarias que cada país había tomado.

A pesar de que las pandemias han sido difíciles de prevenir y controlar en el pasado, la ciencia y la tecnología han avanzado considerablemente lo cual supone que en el siglo XXI cada país debió haber tenido un programa o política de contingencia, prevención y respuesta a pandemias o desastres de salud pública.

ESPAÑA

a) Medidas generales para la contención de pandemia por covid-19

Tras haberse declarado la pandemia, la primera medida que toma el Gobierno del Estado español es el día 14 de marzo del 2020, declarando el Estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el covid-19, mediante el Real Decreto 463/2020⁸. Esta medida fue tomada conforme los requisitos establecidos en la Ley Orgánica 4/1981 de los estados de alarma, excepción y sitio.

Se aplicaron varios métodos para evitar que la enfermedad se siguiera propagando, pero esto conllevó que se limitasen otros derechos fundamentales. Uno de estos derechos fue la libertad de circulación, reconocido en el art. 19 ce, aunque había ciertas actividades, recogidas en el artículo 7 del Real Decreto 463/2020, que podían realizarse y que permitían la circulación⁹. Al mismo tiempo se dispuso el cierre de establecimientos cuyas actividades eran consideradas como no esenciales y que suponían el riesgo de contagio, lo que provocó pérdidas económicas. Se tomaron medidas para fortalecer el sistema nacional de salud en todo el país y para asegurar el suministro de bienes y servicios para la protección de la salud pública¹⁰.

Pese a las medidas tomadas en el primer estado de alarma, el covid-19 seguía contagiando a miles de personas y el Estado, para responder a esta situación, decidió tomar nuevas decisiones y, con fecha 30 de septiembre del 2020, se emitió la Resolución sobre la Declaración de Actuaciones Coordinadas en Salud Pública y se incluyeron las siguientes medidas:

- Limitar la entrada y salida de los municipios que tengan más de 100.000 habitantes. Esta medida tuvo ciertas complicaciones en los municipios de la Comunidad de Madrid ya que para que proceda esta limitación era necesario una ratificación o autorización judicial pues la referida medida no podía restringir el derecho fundamental a la libre circulación.
- Limitación a reuniones o eventos familiares. Solo podían participar un máximo de 6 personas que no convivieran en el mismo domicilio. Esta medida se basó en la premisa de que las reuniones familiares y sociales eran un punto fuerte de transmisión del virus.

⁸ BOE núm. 67 de 14 de marzo de 2020.

⁹ BOE núm. 67 de 14 de marzo de 2020.

¹⁰ Ordóñez Casado, M., *La normativa aplicable al derecho a la asistencia sanitaria y la protección de la salud desde su evolución histórica hasta el impacto de la pandemia y su interpretación post covid-19*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2020, p. 312.

Ahora bien, es importante hacer una reflexión rápida sobre la conexión de los estados de alarma con los derechos fundamentales en España, pues se debe mencionar que la declaración de un estado de alarma no supone la suspensión de derechos o libertades fundamentales que se encuentran reconocidos en el capítulo ii título i de la Constitución española, a diferencia de los estados de excepción y sitio.

A pesar de que la norma constitucional prohíbe la suspensión de los derechos fundamentales, el art. 11 de la Ley Orgánica 4/1981 de 1 de junio de los estados de alarma, excepción y sitio (loaes) permite que se adopten medidas que limitan estos derechos y en lo pertinente dispone que las autoridades competentes puedan:

- Limitar la circulación de personas y vehículos en ciertas horas y lugares.
- Realizar requisas temporales de todo tipo de bienes.
- Intervenir y ocupar temporalmente industrias o talleres informando de ello a los ministerios competentes. Quedan exceptuados domicilios privados.
- Impartir órdenes para asegurar el abastecimiento de insumos afectados. En el caso de la crisis sanitaria se relaciona con el artículo 12 de la misma ley orgánica que en lo pertinente manifiesta: «las establecidas en las normas para la lucha contra las enfermedades infecciosas».

Los estados de alarma se dictaron para preservar el derecho a la salud, pero preveían de forma implícita la limitación al derecho de la libertad de circulación (art. 7), la posibilidad de imponer requisas de bienes o prestaciones personales (art. 8), la suspensión de actividades educativas (art. 9) y suspensión de actividades comerciales, culturales, hoteleras entre otras (art. 10)¹¹, pues así lo afirmó el Tribunal Constitucional mediante la sentencia 148/2021, de 14 de julio¹², en el que se resuelve el recurso de inconstitucionalidad N.º 2054-2020, interpuesto por más cincuenta diputados del Congreso de los Diputados contra el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo.

El Tribunal Constitucional mediante la referida sentencia ha señalado que el supuesto que habilita para declarar el estado de alarma es un infortunio natural, no un grave riesgo para el orden constitucional o la soberanía nacional, que podría provocar la suspensión de ciertos derechos fundamentales mediante un estado de excepción y conforme lo establece el art. 55.1 ce, recordando que en el estado de alarma se pueden limitar los derechos fundamentales, pero no suspenderlos. A la vez trae a colación las sentencias sstc 55/1996, de 28 de marzo, 99/2019, de 18 de julio, y 24/2015¹³, para realizar un examen de proporcionalidad entre el derecho a la vida y a la salud frente al derecho de libertad de circulación e indica que «en el supuesto que se examina, todas las medidas impugnadas tienen un elemento común que se encuentra recogido en el preámbulo de los reales decretos, esto es, evitar el contagio entre ciudadanos dada su enorme tasa de mortalidad y la saturación del sistema sanitario. Además, señala que no existe en ninguna parte del mundo una medida alterna que permita evitar la propagación de la enfermedad, diferente al aislamiento de los ciudadanos; y así lo ha reconocido el Tribunal Constitucional en el auto 40/2020»¹⁴. Es decir, que el Tribunal Constitucional recuerda que la declaración de un estado de alarma permite la adopción de medidas que pueden suponer limitaciones o restricciones a ciertos derechos (stc 83/2016). También aplica la teoría de la limitación de los derechos cuando entran en conflicto con otros (derecho a la vida y a la salud, vinculados al correcto funcionamiento del sistema sanitario). El artículo 19 ce recoge, a contrario, esta posibilidad de limitación, pues dispone que «este derecho no podrá ser limitado

11 Cierco Seira, C., «El letargo de la Ley General de Salud Pública», en L. Salamero Teixido (coord.), *Retos del derecho a la salud y de la salud pública en el siglo XXI*, LLEIDO, ARANZADI, 2022, pp. 135-146.

12 STC 148/2021, de 14 de julio.

13 SSTC 55/1996, de 28 de marzo, 99/2019, de 18 de julio y 24/2015.

14 STC 148/2021, de 14 de julio.

por motivos políticos o ideológicos», de modo que no excluye la limitación por razones de crisis sanitaria.

b) Medidas en relación con la asistencia sanitaria

Los profesionales de la salud tuvieron una doble actuación en este contexto, ya que fueron considerados en primer lugar como sujetos de acción en la atención sanitaria, puesto que debían cuidar con una adecuada diligencia a los pacientes infectados e intentar evitar la transmisión del virus. Ellos estuvieron siempre en primera línea, a tal punto que hubo escasez de estos profesionales de salud debido a la alta demanda de atención médica que existió. En segundo lugar, fueron sujetos susceptibles a contagiarse de dicho virus por lo que era necesario que contasen con todas las medidas sanitarias para poder atender a los pacientes.

El Real Decreto 21/2020 en su art. 28 establece las medidas para garantizar las capacidades del sistema sanitario y dispone que: «Las administraciones competentes velarán por garantizar la suficiente disponibilidad de profesionales sanitarios con capacidad de reorganización de los mismos de acuerdo con las prioridades en cada momento. En particular, garantizarán un número suficiente de profesionales involucrados en la prevención y control de la enfermedad, su diagnóstico temprano, la atención a los casos y la vigilancia epidemiológica»¹⁵, de igual manera se dispuso que cada comunidad autónoma, hospitales públicos y privados tengan planes internos de contingencia ante la pandemia.

La Comisión Europea presentó una estrategia europea de vacunas el 17 de junio del 2020 con el fin de acelerar la fabricación y utilización de vacunas que contuvieran la medicina pertinente para atacar al covid-19. Esto supuso que todos los países europeos, como España, pudieran acceder equitativamente y en igualdad de condiciones a la obtención de este medicamento¹⁶.

El 26 de diciembre del 2020 llegan a España las primeras dosis de vacunas desarrolladas por los laboratorios Pfizer y BioNTech y se inicia la repartición de dichas dosis de forma equitativa en cada comunidad autónoma. El 27 de diciembre del mismo año comienza la vacunación en toda España, siendo una estrategia coordinada y acordada por todos los Estados miembros de la Unión Europea. Se estableció que llegaron 350.000 dosis de vacunas semanales, por lo que en tres meses se inmunizó a 2.295.638 personas¹⁷.

La estrategia de vacunación contra el covid en España se dio en tres etapas. En la primera se priorizó a grupos de población considerados de primera necesidad, como los residentes y personal sanitario en residencias de personas mayores y con discapacidad; el personal sanitario de primera línea; otro personal sanitario y grandes dependientes no institucionalizados. El Ministerio de Sanidad informó que hasta el 27 de abril del 2023 se había vacunado a 40.737.245 personas en España.

15 BOE núm. 163 de 10 de junio de 2020.

16 Estrategia Europea de Vacunas frente a la covid-19, extraído de <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-covid%E2%80%9119/vacunas-contrala-covid%E2%80%9119/estrategia-europea-de-vacunas-frente-a-la-covid19/#:~:text=El%20Gobierno%20de%20Espa%C3%B1a%20aprob%C3%B3,espa%C3%B1olas%20al%20resto%20del%20mundo> y consultado el 12 de agosto de 2023.

17 Ministerio de Sanidad, «Gestión integral de la vacunación covid-19». 27 de agosto de 2023, extraído de https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informe_GIV_comunicacion_20230428.pdf y consultado el 12 de mayo de 2023.

Aspectos positivos

Si bien todas las personas que tuvieron síntomas de covid-19 y que estuvieron contagiadas del virus tenían acceso rápido y eficaz a los hospitales públicos y privados, es necesario preguntarse ¿cómo se garantizó el acceso a la salud del resto de personas que padecían de otro tipo de enfermedades durante el período de pandemia?

Se debe mencionar que las nuevas tecnologías han otorgado un avance y desarrollo en el sistema de salud, pues han ayudado a facilitar que las personas puedan acceder a consultas médicas sin necesidad de acudir a un centro hospitalario. Las llamadas consultas telemáticas consisten en que los profesionales de la salud puedan atender a sus pacientes mediante las distintas plataformas (videollamadas) por lo que se instalaron sistemas de redes privadas virtuales (vpn) que permitieron y permiten emitir las recetas médicas correspondientes, descargar historiales médicos y otros¹⁸. Esto admitió que toda aquella persona que se encontrase enferma por una razón distinta al covid-19 pudiera acceder de manera ágil, eficaz y sin riesgo de contagio a una consulta médica.

Aspectos negativos

Las personas que padecen de enfermedades catastróficas, como el cáncer, diabetes, cerebrovasculares, cardiopatías e insuficiencia renal requieren de atención médica a lo largo del tiempo pues desde el día uno que conocen de su enfermedad se les asigna personal médico que los atiende durante todo tratamiento, a esto se lo conoce como medicina longitudinal¹⁹.

Estas personas requieren de cuidados más específicos y no todas las personas están capacitadas para atenderlos, es así que necesitan de sus médicos de cabecera en todo momento. Con la pandemia, varios profesionales de salud fueron trasladados a otros centros hospitalarios para que cubrieran las necesidades que demandaba la crisis sanitaria, esto provocó que varios pacientes de enfermedades catastróficas sean atendidos por nuevo personal médico que no conocía su historial clínico. La prioridad en la atención a pacientes con covid-19 llevó demoras y retrasos en la prestación médica para los otros pacientes, experimentado dificultades para poder acudir a los hospitales y centros de salud.

ECUADOR

a) Medidas generales para la contención de pandemia por covid-19

En América Latina, la pandemia de covid-19 se desarrolló en un contexto marcado por la desigualdad social que trae consigo un conjunto de ejes que estructuran dicha desigualdad: género, etnia, raza, edad, territorio, etc., afectando particularmente a determinados grupos. Existen ciertas condiciones que son consideradas como los «determinantes sociales de salud» y se traducen en las circunstancias en que cada persona nace, crece, vive y envejece; todo esto se ve influenciado por los factores socioeconómicos de cada persona como: la educación, acceso a la atención médica, o el entorno social,

18 Trillo García, A., «El impacto del covid-19 sobre la gestión de sanidad en España. Implicaciones de presente y de futuro y papel de las entidades locales», en M. Fernández Ramírez (dir.), *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia covid-19*, Pamplona, Aranzadi, 2021, pp. 489-535.

19 Vázquez Canales, L., *Los pilares de la atención primaria en tiempos de covid-19*, Pamplona, Aranzadi, 2021, pp. 122-129.

entre otros. Estas desigualdades se volvieron más evidentes durante la pandemia afectando a aquellas personas con desventajas sociales y económicas.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (cepal) ha indicado que los sistemas de salud en los países latinoamericanos no tienen financiamiento suficiente y presentan limitaciones financieras, lo que provoca fragilidad y vulnerabilidad frente a las crisis y a las emergencias.

Actualmente, Ecuador es uno de los países que se identifica por tener un gasto público inferior al de otros países. El déficit de inversión pública en el área de salud se traduce en una escasez de recursos humanos con una disponibilidad promedio de 20 médicos por cada 10.000 habitantes²⁰. Esto genera una limitación en el derecho a la salud de los ciudadanos, ya que deben acudir al sector privado para tener una atención médica oportuna y eficiente, y muchas personas no tienen los recursos económicos suficientes para pagar los altos costes de hospitales y clínicas privadas. Esta situación aumenta el empobrecimiento de quienes ya tienen bajos recursos económicos o se encuentran en un estado de vulnerabilidad. A la vez, su estado de salud se vuelve más precario y necesitan mayor atención sanitaria.

Si bien antes de la pandemia ya existía un déficit de inversión en la salud, la llegada del covid-19 aumentó la evidencia de la falta de recursos, pues se presentó una saturación de los servicios de salud. En consecuencia, una gran parte de la población ecuatoriana no pudo tener acceso al derecho a la salud que se encuentra reconocido en el art. 32 cre.

La primera medida y procedimiento que tomó el Estado para hacer frente a esta pandemia fue a través del Decreto n.o 1017 que declaró el estado de excepción en todo el territorio nacional y permitió adoptar las medidas necesarias y urgentes para la protección de la salud de las personas.

Antes de analizar el referido decreto es importante mencionar que en Ecuador solo hay una forma de estado de excepción y se da cuando la situación conlleva agresión, conflicto armado internacional o interno, grave conmoción interna, calamidad pública o desastre natural. Se encuentra reconocido en el art. 164 de la cre. Se diferencia, por tanto, del derecho de excepción del Estado español que, mediante su Constitución, reconoce tres tipos de excepción, dependiendo de la naturaleza de las circunstancias: alarma, excepción y sitio

El referido Decreto n.o 1017 dispuso que todas las personas y entidades, sean públicas o privadas, que debiesen prestar servicios básicos de salud y seguridad, obligatoriamente otorgasen un acceso rápido y eficaz a los mismos. Se suspendieron las jornadas presenciales de trabajo y se dispuso que el Ministerio de Salud realizase un informe sobre la atención y evolución de las personas que tuvieran el virus. Este decreto condujo a que se suspendiesen otros derechos fundamentales: la libertad de tránsito, la libertad de asociación y de reunión, reconocidos en la Constitución de la República del Ecuador.

Si bien la suspensión de dichos derechos fundamentales sirvió para precautelar la salud de los ciudadanos, el Decreto n.o 1017 no establecía un régimen sancionador para aquellas personas que incumpliesen con dichas disposiciones.

El Centro de Operaciones de Emergencias ecuatoriano (coe) dictó la Resolución n.o 021-2020, en la cual se dispone que los policías puedan emitir órdenes de prohibición contra aquellas personas que se encontrasen incumpliendo con el decreto. No obstante, las sanciones no eran de carácter administrativo, sino de carácter punitivo, pues se les aplicaba el art. 282 del Código Orgánico Integral Penal, debiendo cumplir una pena privativa de libertad de 1 a 3 años por no acatar las decisiones de las autori-

20 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), «La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud y el desarrollo social». Extraído de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf y consultado el 12 de mayo del 2023.

dades competentes. Esto provocó que el 70% de personas que fueron llamadas a juicio pudiesen solicitar medidas sustitutivas a la prisión, pero el 30% restante tuvieron que cumplir penas carcelarias. El Decreto n.º 1017 tampoco estableció medidas respecto a la obtención y posterior distribución de insumos médicos, como medicamentos, personal de salud y recursos afines (tanques de oxígeno, cuartos de cuidados intensivos, mascarillas, guantes, alcohol, etc.). Pues los hospitales públicos colapsaron en el primer mes de pandemia y los altos costes de clínicas privadas no permitían que todas las personas tuvieran acceso a los servicios de salud. Esto conllevó a que en el primer mes de pandemia existan centenares de víctimas mortales y miles de personas contagiadas.

El Decreto n.º 1017 tuvo un plazo de 60 días y fue prorrogado por 30 días más como lo permite la Constitución. Posteriormente, el 16 de junio del mismo año el Gobierno emitió el Decreto n.º 1021, mediante el cual se estableció un nuevo estado de excepción por 60 días y al igual que el decreto anterior fue prorrogado por 30 días más, terminando su vigencia el 12 de septiembre del 2020, sin posibilidad de extenderlo por resolución de la Corte Constitucional.

Una vez concluido el estado de excepción, el Centro de Operaciones de Emergencias (coe) emitió la Resolución n.º 040-2020, mediante la cual se descentralizó el manejo de la crisis sanitaria a cada provincia con la finalidad de impulsar normas de prevención y control para contener el contagio masivo del virus. En consecuencia, se flexibilizaron las medidas de confinamiento y se reanudaron ciertos trabajos de manera presencial con la obligatoriedad del uso de mascarillas y desinfección de todo lugar cerrado.

Ahora bien, es menester señalar que la norma constitucional establece que el Estado ecuatoriano garantizará el efectivo goce de los derechos reconocidos en el título ii: Derechos Fundamentales (desde el art. 10 hasta el art. 83 cre). Sin embargo, cuando existan motivos por los que se deba decretar un Estado de Excepción, el Gobierno puede suspender o limitar el ejercicio de los siguientes «derechos de libertades» (terminología reconocida en la cre):

- Inviolabilidad del domicilio, reconocido en el art. 66 numeral 22 cre.
- Inviolabilidad de correspondencia, reconocido en el art. 66 numeral 21 cre.
- Libertad de tránsito, reconocido en el art. 66 numeral 14 cre.
- Libertad de asociación y reunión, reconocido en el art. 66 numeral 13 cre.
- Libertad de información, reconocido en el art. 16 cre.

Para la suspensión de dichas libertades consideradas como derechos fundamentales se deben aplicar los principios de necesidad, proporcionalidad y razonabilidad, pues así lo establece el art. 164 CRE.

La Corte Constitucional mediante el Dictamen n.º 1-20-EE/20, declaró la constitucionalidad del Decreto n.º 1017 que limitaba el derecho a la libertad de tránsito, asociación y reunión, aplicando los principios constitucionales de necesidad, proporcionalidad y razonabilidad, y determinó que el Estado ecuatoriano al encontrarse ante una crisis sanitaria por la pandemia de covid-19, debía proteger el derecho fundamental a la salud reconocido en el art. 32 cre, derecho que se vincula al ejercicio de otro derecho fundamental: la vida. Finalmente, concluye que existe una justificación razonable y proporcional para que prevalezca el derecho a la vida y a la salud sobre los derechos de libertad²¹.

21 Dictamen 1-20-EE/20 dictado por la Corte Constitucional ecuatoriana.

b) Medidas en relación con la asistencia sanitaria

A pesar de que el Centro de Operaciones de Emergencias (coe) había dispuesto que cada provincia tomase las medidas correspondientes, los casos de contagio iban en aumento, con colapsos de clínicas y hospitales. El coe y el Ministerio de Salud emitieron varias resoluciones para detener «poco a poco» la propagación del virus.

En un principio se emitieron un conjunto de medidas de salud pública; entre las que destacan el uso de mascarillas, de gel antiséptico, el distanciamiento social, el confinamiento, etc., medidas que debían ser acatadas por todos los ciudadanos. Para cumplir con estas medidas, las personas debían adquirirlas en farmacias, tiendas o supermercados, puesto que el Estado no garantizaba la distribución de estos productos. Debido a la alta demanda de estos artículos, los proveedores subieron los precios en tal magnitud que una mascarilla costaba alrededor de usd 0,60 para los particulares²².

Esto provocó que no todas las personas pudieran comprar los mencionados productos, evidenciándose la desigualdad social y la consecuente mayor afectación del derecho de acceso a la salud entre quienes tenían menos recursos. Si bien el Estado no era proveedor de los referidos insumos sanitarios para particulares, debía tomar acciones eficaces y emitir la normativa correspondiente para regular y controlar los precios de dichos productos.

En este contexto, el Estado incumplió con lo dispuesto en el art. 363 numeral 7 que dispone: «Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales».

La misma situación se repitió con las pruebas PCR que servían para determinar si las personas estaban contagiadas o no de covid-19, pues los laboratorios establecían precios altos de 120 a usd 200 por cada prueba. Tenemos, de otro lado, al personal sanitario, que era considerado «grupo de primera línea», pues debían atender a todas aquellas personas contagiadas de covid-19. El Estado también debía haber precautelado la salud de los profesionales médicos, otorgándoles los insumos necesarios para poder afrontar la pandemia.

El Ecuador tiene un sistema de salud débil que se caracteriza por el déficit de financiamiento y falta de inversión pública en dicha área; esto produce la escasez de recursos para un buen funcionamiento del sistema. Al enfrentarse a la pandemia, el Estado ecuatoriano no tuvo otra opción más que aumentar el gasto público en la salud para poder adquirir y dotar de insumos necesarios a los profesionales de primera línea (mascarillas, gel sanitario, alcohol), asimismo, tuvo que contratar más personal sanitario, mediante la modalidad de «prestación de servicios ocasionales». Esto ocasionó varios escándalos públicos de corrupción y despilfarro económico en las distintas institucionales del país ya que la mayoría de las autoridades de los hospitales, centros médicos y otras entidades compraban los insumos médicos sin tomar en cuenta las guías referenciales ni comparación de precios²³.

En esta línea, el Observatorio de Derechos y Justicia del Estado ecuatoriano señaló que las autoridades pagaron altos precios que oscilaban entre 2 y 12 dólares por una sola mascarilla, por un traje de protección entre 13 y 80 dólares y por una funda de embalar cadáveres entre 20 y 150 dólares. La Contraloría General del Estado ecuatoriano verificó que entre marzo y mayo del 2020 se realizaron compras por 92,2 millones de

22 Diario El Comercio, «El COE endurece medidas por aumento de casos de covid-19, las UCI están al 95%». Extraído de <https://www.elcomercio.com/actualidad/ecuador/restriccion-bebidas-alcoholicas-guayaquil-covid19.html> y consultado el 13 de mayo del 2023.

23 Torres Grande, A., «Aumentos de hasta 681% en mascarillas, trajes y fundas de cadáveres». Extraído de <https://www.codigovidrio.com/code/aumentos-de-hasta-el-681-en-mascarillas-trajes-y-fundas-de-cadaveres/> y consultado el 13 de julio del 2023.

dólares a través del régimen de emergencia, sin antes haberse realizado un concurso público previo de proveedores de dichos artículos²⁴.

Las compras públicas están definidas en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública (losncp) y en el art. 57 establece que en un régimen de emergencia la máxima autoridad institucional puede contratar de manera directa y bajo su responsabilidad las obras, bienes o servicios, incluidos los de consultoría, que se requieran para superar la emergencia. Incluso puede contratar con empresas extranjeras sin requerir los requisitos previos de domiciliación ni de presentación de garantías²⁵. Con la emergencia sanitaria se eliminaron todos los filtros establecidos en la referida ley para régimen común y especial, como estudios de factibilidad, necesidad y convocatoria a presentación de ofertas y un concurso público. Si bien el Estado aumentó el presupuesto en el área de salud, la adquisición de insumos se volvió un «negocio» para las autoridades de las instituciones de sanidad, existiendo una evidente despreocupación por garantizar una eficiente atención de salud en la época de la pandemia.

Los insumos médicos se iban acabando rápidamente y, debido a los escándalos de corrupción, el Estado ya no tenía los recursos económicos suficientes para poder abastecerse nuevamente de artículos de sanidad. Esto provocó que los mismos profesionales de la salud compraran sus propios insumos de sanidad para precautelar su salud. De igual manera, los familiares de los pacientes contagiados debían conseguir la medicación necesaria para que pudieran seguir con los tratamientos correspondientes.

c) Medidas sanitarias tomadas por los pueblos indígenas

El art.1 de la cre reconoce que el Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social y democrático, intercultural, plurinacional y laico. De acuerdo, al Consejo de Nacionalidades y Pueblos del Ecuador (conepe) existen en el país 14 nacionalidades y 18 pueblos indígenas kichwas, conformado por 1.019.176 habitantes indígenas en todo el territorio nacional.

El art. 360 cre establece que el Estado garantizará la salud mediante todas sus instituciones con base en la atención primaria de salud y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales. De la misma manera el art. 363 numeral 4 cre dispone que el Estado garantizará las prácticas de la salud ancestral mediante el reconocimiento y respeto del uso de sus conocimientos.

En este contexto, se debe indicar que existen diversos grupos de indígenas y cada uno tenía una perspectiva distinta respecto al covid-19 y su vacunación. Históricamente estos grupos han utilizado medicamentos ancestrales para combatir cualquier enfermedad como parte de sus prácticas tradicionales en el ámbito de la salud.

Los indígenas que viven en el campo tenían información errónea sobre la pandemia, pues se difundía contenido falso que generó dudas respecto al tratamiento en los casos de contagio. Lo positivo de residir en aquellas zonas alejadas fue que solo el 10% de la población indígena se contagió de covid-19. Para el tratamiento contra virus muchos de ellos recurrieron a los medicamentos ancestrales por su conexión con la naturaleza y el conocimiento tradicional. Varias comunidades tienen una relación estrecha con el medioambiente y utilizan plantas medicinales y recursos naturales que consideran que tienen propiedades curativas²⁶.

24 Observatorio de Derechos y Justicia, «La corrupción en tiempos de covid-19, la otra pandemia del Ecuador». Extraído de <https://odjec.org/wp-content/uploads/2021/04/Corrupcion-y-covid-19.pdf> y consultado el 7 de mayo del 2023.

25 Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública ecuatoriano

26 Vacas Cruz, O., «¿Cómo usan los indígenas las plantas medicinales para aliviar los síntomas del coronavirus?». Extraído de <https://elpais.com/planeta-futuro/2020-10-26/lo-que-pueden-aportar-las-plantas-medicinales-a-la-lucha-contra-el-coronavirus.html> y consultado el 15 de mayo del 2023.

Si bien el Estado ecuatoriano respeta y valora todos los conocimientos ancestrales de los grupos indígenas, se debe hacer un análisis de ponderación cuando exista una crisis de pandemia, pues muchos indígenas murieron debido a la falta de atención médica ya que preferían los medicamentos ancestrales que la medicina moderna. Es importante que vayan adoptando e integrando los remedios tradicionales con los tratamientos contemporáneos.

Con la llegada de las vacunas al país, muchos indígenas rechazaron dicha herramienta para enfrentar al covid-19 debido al desconocimiento, desconfianza y las barreras lingüísticas y culturales. Sin embargo, el Ministerio de Salud Pública en coordinación con la Secretaría de Derechos Humanos lanzó una campaña informativa, educacional y de concienciación en los pueblos y nacionalidades indígenas. La campaña permitió que se realizasen diálogos con dichos grupos y se resolvieran las inquietudes y mitos sobre la vacuna.

Se plantearon diversas estrategias comunicacionales adaptadas a los diferentes contextos con absoluto respeto a la autonomía y a los sistemas de saberes propios de cada comunidad y se coordinó con los líderes indígenas para que se informase que las vacunas son gratuitas. En este contexto, el art. 362 cre reconoce que «Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios». Todo esto permitió que el plan de vacunación avance de manera significativa en estos grupos obteniéndose hasta la actualidad una cobertura del 85% de estas poblaciones.

LAS EMERGENCIAS SANITARIAS Y SU IMPLICACIÓN EN EL FUTURO

Los enfoques de cada país varían según sus necesidades, así como su población, estructura, presupuesto, situación política, entorno social, etc. Existen, sin embargo, ciertas soluciones comunes que podrían ser eficientes para que se dé un verdadero cambio y avance positivo en la salud:

- Coordinación internacional.
- Fortalecimiento de los sistemas de salud.
- Enfoque en la atención primaria de salud.
- Telemedicina o salud digital

Actualmente, el reto de crear sistemas de salud innovadores y sostenibles exige un diseño mejorado de los servicios y una mayor vinculación entre la salud y la asistencia social. Señalaba López Casanovas que «la primera línea de actuación para garantizar la sostenibilidad de los sistemas nacionales de salud es gastar menos», pero esto no implica que existan recortes de presupuestos o de los recursos, sino disminuir la incidencia de enfermedades mediante actividades y políticas de prevención. La segunda línea de actuación se centra en gastar los recursos de mejor manera²⁷.

²⁷ López Casanovas, G., «La economía, la innovación y el futuro del sistema nacional de salud», *Dialnet*, Barcelona, 2017, p. 218.

CONCLUSIONES

A lo largo de la historia el hombre ha manifestado su inquietud por alcanzar a mejorar las condiciones de salud y de vida de las personas. Esto ha permitido que la salud sea reconocida en varios tratados internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y otros. Posteriormente, cada Estado fue adaptando su legislación y ha consagrado a la salud dentro de sus Constituciones.

En este sentido, la Constitución ecuatoriana reconoce el derecho a la salud en su art. 32 y lo consagra como un derecho fundamental bajo los principios del buen vivir y *sumak kawsay* (vida digna y en plenitud). Es así que cuando las personas consideran que este derecho es vulnerado activan la vía constitucional interponiendo acciones de protección ante los jueces de primer nivel o acciones extraordinarias de protección ante la Corte Constitucional. Asimismo, la norma suprema impone al Estado desarrollar un sistema sanitario de acuerdo a su contexto social, económico y político que permita promover y proteger la salud de la población. El derecho a la salud obliga a los poderes públicos a que, tanto en vía jurídica como en vía política, garanticen efectivamente todos los servicios, prestaciones y cuidados necesarios para el goce y satisfacción de este derecho.

Con la aparición del virus covid-19 se reflejaron las distintas debilidades de los países en sus sistemas sanitarios, que provocaron una limitación al derecho a la salud de las personas. No obstante, cada Estado intentó actuar con urgencia ante la situación, y aplicó medidas sanitarias para preservar el derecho a la salud, como el uso de mascarillas, de gel antiséptico, la desinfección de zonas, el confinamiento, la declaración de Estados de excepción, etc., pero estos mecanismos no fueron suficientes para poder evitar una crisis en el sistema sanitario.

La crisis sanitaria en España y Ecuador fue distinta ya que los impactos de la pandemia han sido desiguales. España es un país que pertenece a la Unión Europea, lo que le permite tener acceso y cooperación internacional para poder brindar las facilidades necesarias a su sistema sanitario; esto se vio reflejado en la adquisición de vacunas, lo que le permitió poder proteger a su población de una manera más rápida que otros países.

El Estado ecuatoriano no tenía el suficiente presupuesto ni gasto público en el área de salud por lo que fue más difícil contener la pandemia y rápidamente los centros de salud y hospitales colapsaron. Además, no contaban con los recursos humanos e insumos sanitarios necesarios para poder atender a todas las personas que buscaban atención médica.

Todo esto invita a hacer una reflexión sobre los sistemas sanitarios, y puede concluirse enseguida que los Estados deberían, al menos, adoptar las siguientes medidas: fortalecer la atención primaria y comunitaria, reforzar las capacidades de los profesionales en menor tiempo, reformar la regulación y adquisición de medicamentos y productos sanitarios y aumentar el gasto público para el área de salud.

REFERENCIAS

Ávila Santamaría, R., *El derecho a la salud en el contexto del buen vivir*, Quito, Cevallos, 2018, pp. 180-194.

- Cierco Seira, C., «El letargo de la Ley General de Salud Pública», en L. Salamero Teixido (coord.), *Retos del derecho a la salud y de la salud pública en el siglo xxi*, Lleido, Aranzadi, 2022, pp. 135-146.
- Dalli Almiñana, M., *Derecho a la asistencia sanitaria y derecho a la salud. El Sistema Nacional de Salud español*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2019, p. 18.
- Díaz Crego, M., «El Tribunal Constitucional español y la protección indirecta de los derechos sociales», en *Revista de los Derechos Sociales*, n.o 121, 2012, p. 50.
- Escobar Roca, G., «Los derechos sociales de prestación», en D. Blanquer (coord.), *Covid-19 y derecho público*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2021.
- López Casasnovas, G., «La economía, la innovación y el futuro del sistema nacional de salud, Barcelona», *Dialnet*, 2017, p. 218.
- Ordóñez Casado, M., *La normativa aplicable al derecho a la asistencia sanitaria y la protección de la salud desde su evolución histórica hasta el impacto de la pandemia y su interpretación post covid-19*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2020, p. 312.
- Rodríguez-Rico Roldán, V., «El sistema multinivel de asistencia sanitaria: tensiones y desafíos en su articulación», Granada, Ed. Comares, 2017, p. 37-39.
- Torres Grande, A., «Aumentos de hasta 681% en mascarillas, trajes y fundas de cadáveres». Extraído de <https://www.codigovidrio.com/code/aumentos-de-hasta-el-681-en-mascarillas-trajes-y-fundas-de-cadaveres/> y consultado el 13 de julio del 2023.
- Trillo García, A., «El impacto del covid-19 sobre la gestión de sanidad en España. Implicaciones de presente y de futuro y papel de las entidades locales», en M. Fernández Ramírez (dir.), *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia covid-19*, Pamplona, Aranzadi, 2021, pp. 489-535.
- Vacas Cruz, O. «¿Cómo usan los indígenas las plantas medicinales para aliviar los síntomas del coronavirus?». Extraído de <https://elpais.com/planeta-futuro/2020-10-26/lo-que-pueden-aportar-las-plantas-medicinales-a-la-lucha-contr-el-coronavirus.html> y consultado el 15 de mayo del 2023.
- Vásquez Canales, L., *Los pilares de la atención primaria en tiempos de covid-19*, Pamplona, Aranzadi, 2021, pp. 122-129.

LEGISLACIÓN

- BOE núm. 67 de 14 de marzo de 2020.
- BOE núm. 163 de 10 de junio de 2020.
- Constitución de la República del Ecuador (2008).
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública ecuatoriano.

JURISPRUDENCIA

- Sentencia 364-16-SEP-CC de 15 de noviembre del 2016 de la Corte Constitucional ecuatoriana.
- STC 148/2021 de 14 de julio.
- STC 148/2021 de 14 de julio.
- SSTC 55/1996 de 28 de marzo, 99/2019 de 18 de julio y 24/2015.
- Dictamen 1-20-EE/20 dictado por la Corte Constitucional ecuatoriana.

DIRECTIVAS E INFORMES

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), «La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud y el desarrollo social». Extraído de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf y consultado el 12 de mayo del 2023.

Estrategia europea de vacunas frente a la covid-19. Extraído de <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-covid%E2%80%9119/vacunas-contr-la-covid%E2%80%9119/estrategia-europea-de-vacunas-frente-a-la-covid19/#:~:text=El%20Gobierno%20de%20España%20aprobó,españolas%20al%20resto%20del%20mundo> y consultado el 12 de agosto de 2023.

Ministerio de Sanidad, *Gestión integral de la vacunación covid-19*. 27 de agosto de 2023. Extraído de https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informe_GIV_comunicacion_20230428.pdf y consultado el 12 de mayo de 2023.

Observatorio de Derechos y Justicia, «La corrupción en tiempos de covid-19, la otra pandemia del Ecuador». Extraído de <https://odjec.org/wp-content/uploads/2021/04/Corrupcion-y-covid-19.pdf> y consultado el 7 de mayo del 2023.