UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA
DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
INSTITUTO DE POSTGRADO

INFORME DE INVESTIGACIÓN

DERECHO CONSTITUCIONAL A LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL ECUADOR

AUTOR

Ab. Marlon David Carrera Barrios

TRABAJO DE TITULACIÓN

Previo a la obtención del grado académico en

MAGÍSTER EN DERECHO MENCIÓN DERECHO CONSTITUCIONAL

TUTOR

Ab. Mauro Leonel Fuentes Sáenz De Viteri, Ph.D.

Santa Elena - Ecuador

Año 2026

UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

INSTITUTO DE POSTGRADO

TRIBUNAL DE GRADO

Los suscritos calificadores, aprueban el presente trabajo de titulación, el mismo que ha sido elaborado de conformidad con las disposiciones emitidas por el Instituto de Postgrado de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
MARIO WILFRIDO URGILES PINEDA

Acui. Mario Urgilés Pineda, Ph.D
COORDINADOR DEL PROGRAMA

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
MAURO LEONEL FUENTES SAENZ DE VITERI

Ab. Mauro Fuentes Sáenz de Viteri, PhD.
TUTOR

6b7774e9-ad85-413e-89fd-211c67dd9a33
Firmado digitalmente por 6b7774e9-ad85-413e-89fd-211c67dd9a33
Fecha: 2026.10.16 16:22:25 -05'00'

Ab. Luis Torres Barrera, Ph.D.
ESPECIALISTA 1

LUIS FERNANDO CEDENO ASTUDILLO
Firmado digitalmente por LUIS FERNANDO CEDENO ASTUDILLO
Fecha: 2026.10.15 09:35:57 -05'00'

Ab. Luis Cedeño Astudillo Ph.D.
ESPECIALISTA 2

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
MARIA MARGARITA RIVERA GONZALEZ

Ab. María Rivera González Mgtr.
SECRETARIO GENERAL
UPSE

UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA
DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
INSTITUTO DE POSTGRADO

CERTIFICACIÓN:

Certifico que luego de haber dirigido científica y técnicamente el desarrollo y estructura final del trabajo, este cumple y se ajusta a los estándares académicos, razón por el cual apruebo en todas sus partes el presente trabajo de titulación que fue realizado en su totalidad por **Marlon David Carrera Barrios**, como requerimiento para la obtención del título de Magíster en Derecho Mención Derecho Constitucional

Atentamente,

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
MAURO LEONEL FUENTES SAENZ DE VITERI

Ab. Mauro Leonel Fuentes Sáenz De Viteri, Ph.D.

C.I. 0916253420

TUTOR

UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA
DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
INSTITUTO DE POSTGRADO

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Ab. Marlon David Carrera Barrios**

DECLARO QUE:

El trabajo de Titulación, **DERECHO CONSTITUCIONAL A LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL ECUADOR,** previo a la obtención del título en Magíster en Derecho Mención Derecho Constitucional, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Santa Elena, 30 de junio del 2026

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
MARLON DAVID CARRERA BARRIOS

Ab. Marlon David Carrera Barrios

C.I. 0919568170

AUTOR

UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA
DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
INSTITUTO DE POSTGRADO

AUTORIZACIÓN

Yo, **Ab. Marlon David Carrera Barrios**

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, para que haga de este trabajo de titulación o parte de él, un documento disponible para su lectura consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de **DERECHO CONSTITUCIONAL A LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL ECUADOR,** con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este informe de investigación dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Santa Elena, 30 de junio del 2026

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
MARLON DAVID
CARRERA BARRIOS

Ab. Marlon David Carrera Barrios

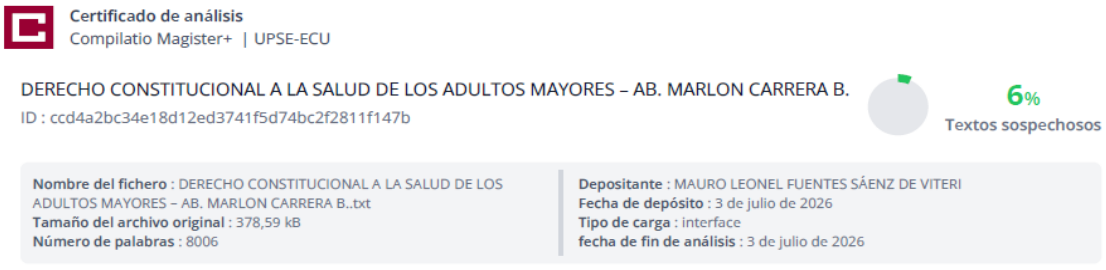
C.I. 0919568170

AUTOR

UNIVERSIDAD ESTATAL PENINSULA
DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
INSTITUTO DE POSTGRADO

CERTIFICACIÓN DE ANTIPLAGIO

En mi calidad de Tutor **de Informe de Investigación**, "DERECHO CONSTITUCIONAL A LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL ECUADOR", elaborado por el maestrando Ab. Marlon David Carrera Barrios, egresado de la maestría en Derecho Mención Derecho Constitucional, cohorte VIII, de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de Magíster en Derecho Mención Derecho Constitucional, me permito declarar que una vez analizado anti-plagio COMPILATIO, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente proyecto ejecutado, se encuentra con el **6%** de la estimación permitida, por consiguiente se procede a emitir el presente informe. Adjunto reporte de similitud.


Certificado de análisis
Compilatio Magister+ | UPSE-ECU

DERECHO CONSTITUCIONAL A LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES – AB. MARLON CARRERA B.
ID : ccd4a2bc34e18d12ed3741f5d74bc2f2811f147b

6%
Textos sospechosos

Nombre del fichero : DERECHO CONSTITUCIONAL A LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES – AB. MARLON CARRERA B..txt
Tamaño del archivo original : 378,59 kB
Número de palabras : 8006

Depositante : MAURO LEONEL FUENTES SÁENZ DE VITERI
Fecha de depósito : 3 de julio de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 3 de julio de 2026

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
MAURO LEONEL FUENTES SAENZ DE VITERI

Ab. Mauro Leonel Fuentes Sáenz De Viteri, Ph.D.

C.I. 0916253420

TUTOR

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, a la Facultad de Ciencias Sociales y de La Salud, al Instituto de Postgrado, y los docentes por habernos impartidos y formarnos con conocimientos jurídicos constitucionales, a mi compañero desde pregrado a Miguel Sánchez, por la que seguimos formándonos en conocimientos jurídicos que conlleva ser buenos profesionales y ser líderes en la sociedad.

Marlon David Carrera Barrios

DEDICATORIA

Dedico este informe de investigación primero a Dios por haberme dado la vida y ser un hombre de bien, y segundo con infinito amor a mi amada esposa Heide Bohórquez, que me ha dado las fuerzas en mí, en los malos y buenos momentos, en este trayecto de mi estudio profesional y personal.

A mi querida familia por haberme formado con respecto, valores y principios y que han sido ejemplos de motivación constantes, que ha hecho que me siga formando profesionalmente.

Marlon David Carrera Barrios

ÍNDICE GENERAL

INFORME DE INVESTIGACIÓN: VI

CERTIFICACIÓN: VIII

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD: IX

AUTORIZACIÓN: X

CERTIFICACIÓN DE ANTIPLAGIO: XI

AGRADECIMIENTO: XII

DEDICATORIA: 1

ÍNDICE GENERAL: 2

RESUMEN: 7

INTRODUCCIÓN: 9

Planteamiento de la investigación (Fundamentación de la investigación) 10

Formulación del problema de investigación 11

Objetivo general 11

Objetivos específicos 11

Planteamiento hipotético 12

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL 13

1.1 Revisión de literatura 13

1.2 Desarrollo teórico y conceptual 15

1.2.1 El Estado Constitucional de derechos y justicia 15

1.2.2 El Derecho a la Salud: El Estándar DACA 15

1.2.3 Adultos mayores como grupo de atención prioritaria 166

1.2.4 El Principio de Progresividad y No Regresividad 16

1.2.5 La Tutela Judicial Efectiva con Enfoque Constitucional 17

1.3 Marco Legal 17

1.3.1 Normativa Constitucional 17

1.3.2 Normativa Legal Nacional 18

1.3.3 Marco Internacional 18

1.4 Marco Jurisprudencial 18

1.4.1 Sentencia N.° 017-17-SIN-CC (7 de junio de 2017) 18

1.4.2 Sentencia N.° 889-20-JP/21 (10 de marzo de 2021) 199

1.4.3 Sentencia N.° 832-20-JP/21 (21 de diciembre de 2021) 19

1.4.4 Sentencia N.° 3144-17-EP/24 (11 de julio de 2024) 20

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA 211

2.1 Contexto de la Investigación **..... 211**

2.2 Diseño y Alcance de la Investigación 211

2.3 Tipo y Métodos de Investigación 211

2.4 Población y Muestra 222

2.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos 233

2.6. Procesamiento de la Evaluación: Validez y Confiabilidad de los Instrumentos 233

CAPÍTULO 3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 255

3.1 Análisis e Interpretación de Entrevistas a Especialistas 255

Dimensión 1: Evaluación del Marco Normativo 266

Dimensión 2: Brechas de Implementación 276

Dimensiones 3, 4 y 5 27

3.2 Análisis e Interpretación de Encuestas a Adultos Mayores 277

Dimensión de Conocimiento de Derechos 288

Dimensión de Accesibilidad 28

Dimensión de Calidad 31

Cuadro Comparativo de las Cuatro Sentencias 322

Discusión de los resultados 333

Propuesta: Protocolo Institucional de Garantía del Derecho a la Salud de los Adultos Mayores 354

CONCLUSIONES.....377

RECOMENDACIONES 388

REFERENCIAS.....399

APÉNDICES 433

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 *Distribución de la muestra por técnica* 223

Tabla 2 *Operacionalización de las variables* 244

Tabla 3 *Matriz de categorías emergentes de las entrevistas* 255

Tabla 4 *Conocimiento de derechos constitucionales de salud (Preg. B4)* 288

Tabla 5 *Acceso a servicios de salud en los últimos 12 meses (Preg. C1)* 289

Tabla 6 *Dificultades en obtención de medicamentos (Preg. C2)* 299

Tabla 7 *Acceso a atención especializada (Preg. C3)* 30

Tabla 8 *Tiempo de espera para cita médica (Preg. C4)* 30

Tabla 9 *Pago de bolsillo por servicios formalmente gratuitos (Preg. C5)* 31

Tabla 10 *Calidad de la atención recibida (Preg. D1)* 31

Tabla 11 *Percepción general del cumplimiento estatal (Preg. E1)* 32

Tabla 12 *Cuadro comparativo de las cuatro sentencias constitucionales* 32

Tabla 13 *Triangulación de resultados* 33

ÍNDICE DE APENDICES

Apéndice A Guía de entrevista semiestructurada 43

Apéndice B Cuestionario de encuesta.....45

Apéndice C Ficha de análisis jurisprudencial.....50

RESUMEN

TEMA: DERECHO CONSTITUCIONAL A LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL ECUADOR

Autor: Ab. Marlon David Carrera Barrios

Tutor: Ab. Mauro Leonel Fuentes Sáenz De Viteri, Ph.D.

Este estudio analiza la eficacia del derecho constitucional a la salud de los adultos mayores a la luz de las garantías consagradas en la Constitución de la República del Ecuador, los instrumentos internacionales y la jurisprudencia vinculante de la Corte Constitucional (Sentencias N.° 017-17-SIN-CC, N.° 889-20-JP/21, N.° 832-20-JP/21 y N.° 3144-17-EP/24). Con un diseño metodológico mixto y alcance descriptivo-analítico, la investigación articuló el análisis dogmático-jurisprudencial con un estudio de caso empírico desarrollado en el cantón La Libertad, provincia de Santa Elena, donde se aplicaron 6 entrevistas a informantes clave (expertos en derecho constitucional y salud pública) y un censo a 175 personas adultas mayores usuarias recurrentes de los centros de salud tipo A y B del Ministerio de Salud Pública (MSP). En el ámbito muestral evaluado, se identificó que el 49,2% de los adultos mayores desconocía sus derechos constitucionales de salud, el 60,0% experimentó barreras de acceso continuo a los servicios y el 70,9% valoró la calidad de la atención entre regular y deficiente. Se concluye que, si bien el ordenamiento jurídico ecuatoriano cuenta con un marco normativo y jurisprudencial garantista de vanguardia, a nivel local persisten fallas estructurales de disponibilidad, accesibilidad y calidad que vulneran los principios de progresividad y no regresividad.

Palabras claves: derecho a la salud, progresividad, no regresividad, adultos mayores, jurisprudencia constitucional.

TEMA: DERECHO CONSTITUCIONAL A LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL ECUADOR

Autor: Ab. Marlon David Carrera Barrios

Tutor: Ab. Mauro Leonel Fuentes Sáenz De Viteri, Ph.D.

ABSTRACT

This study analyzes the effectiveness of the constitutional right to health of older adults under the guarantees established in the Constitution of the Republic of Ecuador, international human rights instruments, and the binding jurisprudence of the Constitutional Court (Rulings No. 017-17-SIN-CC, No. 889-20-JP/21, No. 832-20-JP/21, and No. 3144-17-EP/24). Employing a mixed-method approach with a descriptive-analytical scope, the research combined dogmatic-jurisprudential analysis with an empirical case study conducted in the canton of La Libertad, Santa Elena province. Primary data collection included 6 semi-structured interviews with legal and public health experts, alongside a census survey of 175 older adults regularly attending Type A and B public healthcare centers of the Ministry of Public Health (MSP). Within the surveyed local population, findings revealed that 49.2% were unaware of their constitutional rights to health, 60.0% faced persistent barriers to accessing medical services, and 70.9% rated healthcare quality as fair to poor. The study concludes that although Ecuador possesses an advanced and progressive constitutional framework, structural gaps in availability, accessibility, and quality at the local level hinder the effective realization of this right, contravening the principles of progressivity and non-retrogression.

Keywords: right to health, progressivity, non-regression, older adults, constitutional jurisprudence.

INTRODUCCIÓN

Como parte de la evolución demográfica en el siglo XXI, un factor pertinente es el envejecimiento de la población. La Organización Mundial de la Salud (2023), predice que, para 2050, se verificarán 2.100 millones de personas en el mundo mayores de 60 años. Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2023), en el año 2050 las personas de 65 años y más representarán el 18% de la población total en Ecuador, en comparación con el 7,4% actual, tal fenómeno demográfico genera desafíos estructurales para el Estado ecuatoriano en relación con la garantía de derechos fundamentales, especialmente el derecho constitucional a la salud.

La Constitución de la República del Ecuador (2008) simboliza un acierto decisivo en cuanto al derecho constitucional en América Latina, dado que, si anteriormente la garantía de derechos de los ciudadanos era más limitada, el actual Estado constitucional de derechos los garantiza de manera muy amplia. Entre los principales derechos – y relevantes para este estudio – destaca el principio de progresividad, en el Art. 11, núm. 8, que prohíbe de forma estricta las medidas que produzcan regresión de derechos; el Art. 32, que reconoce a la salud como un derecho a una buena vida; y la atención prioritaria y especializada para los adultos mayores. La CRE se encuentra fortalecida bajo la vinculación jurídica que ha otorgado la ratificación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), y la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969).

A pesar de ello, debido a su carácter formal y no material, se crea una cuestión legal que complica su ejecución al momento en que el adulto mayor, amparado en una norma suprema ultra garantista, los insumos tangibles e intangibles que accionan el derecho no existen. En los informes más recientes de la Defensoría del Pueblo de Ecuador y de la Contraloría General del Estado se evidencian deficiencias sistemáticas. Entre los problemas se incluyen la escasez de especialistas en geriatría, listas de espera que superan los 30 días, faltantes intermitentes de medicamentos esenciales, y que el 35,7% de las personas adultas mayores viven en zonas rurales y son afectadas por barreras geográficas, según el reporte del INEC en el año 2022.

Bajo estas consideraciones, la Corte Constitucional del Ecuador, a través de su alto aporte jurídico a la sociedad, ha intervenido con una finalidad muy puntual, a través de sus resoluciones. En este aspecto, la sentencia No. 017-17-SIN-CC (2017) elaboró los principios de progresividad y no regresividad para todos los grupos prioritarios de atención. Sobre la sentencia No. 889-20-JP/21 (2021) se establecieron límites a las medidas coercitivas para las personas adultas mayores cuyos ingresos provienen únicamente de una pensión. La sentencia No. 832-20-JP/21 (2021) definió los lineamientos que se deben seguir cuando un adulto mayor celebre actos notariales, principalmente escrituras públicas, Por último, la sentencia No. 3144-17-EP/24 (2024) explica cómo fue vulnerado el derecho a la salud de una paciente adulto mayor, en los elementos de la disponibilidad y acceso, en las fases hospitalaria y pos hospitalaria. El análisis y desarrollo del presente estudio se fundamenta en las cuatro sentencias mencionadas.

El método en el que se sustenta el presente trabajo es de enfoque mixto, que integra análisis doctrinal-jurídico, la recopilación de seis entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud y el derecho, el resultado de una encuesta elaborada a 175 personas adultas mayores que son usuarios recurrentes del servicio brindado por el Ministerio de Salud Pública, y, un cotejo intercalado y minucioso de los puntos principales de las sentencias *ut supra*. Uno de los aspectos favorables de este presente estudio es la integración. Este marco nos ofrece la ventaja de integrar tres enfoques complementarios en el análisis del problema: un enfoque legal, empírico y jurisprudencial.

Planteamiento de la investigación (Fundamentación de la investigación)

Las instituciones públicas y privadas – no solo en el área de salud – deben brindar atención prioritaria y especializada a los adultos mayores, como lo señala el Art. 35 de la CRE (2008). A pesar de ello, en la *praxis* el usuario del servicio de salud enfrenta una dura realidad que aparta radicalmente el proyecto de la ejecución. La propuesta para la Década del Envejecimiento Saludable (2023) recomienda una proporción de 1 geriatra por cada 10.000 adultos mayores. El efecto de esta deficiencia estructural es que las personas adultas mayores deben esperar más de 60 días para tener su primera cita con un especialista en el sistema de salud pública.

De las personas adultas mayores encuestadas, el 57,1% tuvo dificultades rutinarias o permanentemente para obtener medicamentos en el sistema de salud pública. Esto ocurre a pesar de que el núm. 1 del Art. 37 de la CRE garantiza a este grupo el acceso gratuito a

medicamentos. El Acuerdo Ministerial 8-2017 (2017) redujo la lista de medicamentos esenciales del MSP, y 48 medicamentos fueron eliminados del formulario nacional. Esto crea un antecedente de posible retroceso en relación con lo establecido por la Corte Constitucional del Ecuador (2017) en la sentencia No. 017-17-SIN-CC.

El acceso a medicamentos es desigual para las personas adultas mayores que viven en zonas rurales, ya que del total de encuestados adultos mayores, el 78,3% de los rurales tuvo acceso irregular a los servicios de salud en comparación con el 45,2% de los urbanos. Dicho esto, se evidencia de forma clara que el derecho a la salud está rodeado de incidentes.

Bajo ciertas consideraciones legales complementarias, la crisis que han ocasionado estos incidentes se debe al desconocimiento que tiene la ciudadanía de sus derechos. En los resultados de las encuestadas que se realizó, se podrá verificar que casi el 50% de los encuestados no tienen conocimiento de sus derechos constitucionales, especialmente a la salud. Este resultado produce una grave falta de equidad al momento de que el ciudadano pretenda defender sus derechos.

Una constelación de problemas, como la falta de recursos, barreras de acceso, desconocimiento de derechos, actitudes regresivas potenciales, etc., pintan un panorama muy sombrío para las personas adultas mayores. La CRE secularia los derechos en salud de las personas adultas mayores. Es imprescindible formular un estudio legal integral. Este estudio debe combinar marcos legales, constitucionales y científicos sociales.

Formulación del problema de investigación

¿En qué medida el Estado ecuatoriano garantiza de manera efectiva el derecho a la salud de los adultos mayores?

Objetivo general

- Analizar la eficacia del derecho a la salud de los adultos mayores en el Ecuador.

Objetivos específicos

- Analizar la Constitución, leyes y estatutos internacionales en los cuales se represente plenamente el derecho a la salud de los adultos mayores en el Ecuador, haciendo hincapié en los principios de progresividad y no regresividad.
- Evaluar la situación presente de la protección efectiva del derecho a la salud de los adultos mayores en Ecuador a través de entrevistas dirigidas a especialistas y

encuestas enfocadas en usuarios del sistema de salud para dicho grupo etario.

- Proponer recomendaciones jurídicas y de política pública con el objetivo de fortalecer la garantía efectiva del derecho a la salud de los adultos mayores, sustentadas en el análisis jurisprudencial de la Corte Constitucional del Ecuador.

Planteamiento hipotético

El incumplimiento del principio de progresividad y no regresividad por parte del Estado ecuatoriano genera brechas estructurales en la garantía efectiva del derecho constitucional a la salud de los adultos mayores, evidenciadas en deficiencias de acceso, calidad y disponibilidad de los servicios de salud para dicho grupo de atención prioritaria.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

1.1 Revisión de literatura

A partir de los cambios demográficos y el desarrollo del constitucionalismo se verifica el interés creciente en la literatura respecto al derecho a la salud de las personas mayores en Ecuador y América Latina después de la segunda década del siglo XXI, de esta forma, la línea investigativa se establece de la información general a la específica.

Desde el punto de vista social, Abramovich y Courtis (2002) ofrecen los primeros aportes de la teoría de la justiciabilidad de los derechos ciudadanos, entre ellos, los de carácter social. Su teoría se opone a que sea desplazado el carácter prioritario de los derechos. El sustento que demuestra la regresividad, y que entre su línea argumentativa enfatiza una presunción de inconstitucionalidad hacia cualquier acción que revierta el pilar garantista de derechos, se encuentra incorporado en la sentencia No. 017-17-SIN-CC (2017), constituyéndose en un pilar metodológico de esta investigación.

En *A Long Termidor*, Pisarello (2007) respaldó el control judicial de las políticas sociales mediante el reconocimiento de los derechos sociales como derechos subjetivos exigibles. Esta perspectiva es vital para el derecho a la salud de las personas mayores, ya que legitima a los tribunales a cuestionar acciones del Estado así como a indagar en regresiones en las provisiones de salud. En un trabajo más reciente, Ferrajoli (2001) señaló que en un Estado constitucional, los derechos se convierten en límites heterónomos e inviolables del poder público. En el modelo de neo-constitucionalismo ecuatoriano, esto significa que el derecho a la salud de las personas mayores es un derecho de todas las personas mayores.

Uprimny y Guarnizo (2006) analizaron el principio de regresividad en el sistema constitucional colombiano y desarrollaron algunos criterios para definir los parámetros de que ocurra en cierta medida, y cómo funciona la carga de la prueba para justificarla. Este estudio es relevante en el derecho comparado, dado que en la sentencia 017-17-SIN-CC dictada por la CCE, se establece la relación con las resoluciones constitucionales de

Colombia, en sus sentencias C-556/09 (2009) y C-536/12 (2012).

En el contexto ecuatoriano, Ávila Santamaría (2011) analizó el modelo constitucional del Estado de derechos y justicia según lo definido en la Constitución de 2008 y concluyó que la característica de progresividad define el sistema de garantías en Ecuador. El estudio más extenso sobre la acción de protección como herramienta para la protección de los derechos de grupos priorizados fue realizado por Storini y Navas Alvear (2013). Este estudio concluye que la efectividad funcional de la acción de protección depende de la interpretación constitucional hecha por los jueces. Zavala Egas (2011)analizó el fenómeno llamado neo-constitucionalismo transformador ecuatoriano y argumentó que el derecho a la salud es un derecho de ejecución inmediata, en los términos del Art. 11, num. 3 de la CRE.

Camacho Zambrano (2019) realizó el análisis más extenso de la jurisprudencia de la Corte Constitucional de Ecuador respecto al principio de progresividad y evaluó que la sentencia No. 017-17-SIN-CC es el precedente doctrinal más evolucionado, aunque observó que la falta de mecanismos de seguimiento y evaluación ha limitado su influencia en las políticas públicas. Esta situación es una de las principales razones de esta investigación.

Villareal Rodríguez (2021), recopiló información relacionada con los impedimentos más comunes que enfrentan los adultos mayores al momento de acceder a los servicios de salud. Hallose en el sistema de salud deficiencias en la oferta, así como una inequitativa distribución de los médicos especialistas. García Morente y Crespo Andrade (2023), exploraron en detalle estos resultados y llegaron a la conclusión que los actos que vulneraron el principio de no regresividad tienen su origen en las medidas de austeridad dispuestas para el área de salud en el periodo 2019-2022, ocasionando además afectaciones a personas con enfermedades preexistentes.

Otro análisis más reciente acerca de este tema, es el de Erazo Galarza (2024), en el que realiza el análisis de la sentencia 3144-17-EP/24 (2024) sobre los derechos a la salud de las personas mayores dentro del IESS. Este se encuentra muy apegado al criterio de Torres Espinoza (2025), quien además explica los impactos y limitaciones de la protección de los derechos de las personas vulnerables en el sistema de salud pública.

La protección de derechos también se la puede discutir desde una perspectiva internacional, como lo han hablado los relatores especiales sobre el derecho a la salud Puras (2019) y Tlaleng Mofokeng (2021), quienes han revisado que entre las deficiencias del sistema de salud existe falta de servicios para las personas mayores en América Latina,

principalmente en la cobertura de enfermedades crónicas de tratamiento especial, y en el acceso a medicinas. La CIDH (2022) informó que es urgente adoptar medidas para brindar atención prioritaria a los adultos mayores en América Latina, en virtud que sus constituciones ofrecen estas garantías.

1.2 Desarrollo teórico y conceptual.

1.2.1 Estado constitucional de derechos y justicia.

En el Ecuador rige a partir del año 2008 el modelo de Estado constitucional de derechos y justicia (Art. 1 CRE), que se suma a la que se inscribe en la corriente jurídica y política del neoconstitucionalismo latinoamericano. Comanducci (2003), caracteriza el modelo neoconstitucional por tres rasgos fundamentales dados por: la supremacía de la Constitución sobre las demás fuentes del derecho; la eficacia directa e inmediata de las normas constitucionales sobre derechos fundamentales; y el rol protagónico de los jueces constitucionales en la garantía de dichos derechos.

En el Estado constitucional, los derechos actúan como límites heterónomos e inviolables para los poderes públicos (Ferrajoli, 2001), lo cual implica que, la decisión de asignar o no, los recursos necesarios para garantizar la atención de salud a los adultos mayores no es una cuestión de discrecionalidad política, sino una obligación jurídica vinculante y justiciable. La CCE así lo precisó en la sentencia N.º 017-17-SIN-CC: que destacó que, los derechos constitucionales consagrados, no pueden ser disminuidos, desmejorados ni eliminados por ningún acto de los poderes públicos (2017).

1.2.2 El Derecho a la Salud: El Estándar DACA.

La Observación General N.° 14 del Comité DESC (2000) se encuentran especificados los cuatro elementos básicos y conexos del derecho a la salud, que establecen el estándar DACA. Disponibilidad: la infraestructura, el mobiliario y el servicio deben, no solo estar disponible, sino ser suficientes. Accesibilidad: sin ningún elemento que acarree la no discriminación, el acceso físico, la posibilidad de acceder económicamente, así como acceder a la información. Aceptabilidad: el servicio recibido debe ser adecuado y mínimamente cordial. Cuarto, Calidad: los estándares de calidad deben ajustarse a las exigencias del marco técnico y científico.

La Observación General N.º 14 del Comité DESC (2000), identifica los elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud, configurando el estándar DACA dados por: Disponibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud estarán disponibles en cantidad suficiente; Accesibilidad: en sus dimensiones de no discriminación, acceso físico, económico y a la información; Aceptabilidad: los servicios serán culturalmente apropiados y éticamente respetuosos; Calidad: los establecimientos reunirán las condiciones de idoneidad técnica y científica.

Para los adultos mayores, la Observación General N.º 6 del Comité DESC (1995) , establece obligaciones específicas dadas por: disponibilidad de servicios especializados en geriatría y gerontología; atención a largo plazo para personas con dependencia; y programas de rehabilitación, así como, de cuidados paliativos. Dichas obligaciones forman parte del bloque de constitucionalidad ecuatoriano en virtud del Art. 417 de la CRE, que establece que los tratados internacionales de derechos humanos serán de directa e inmediata aplicación por y ante cualquier servidora o servidor público (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

1.2.3 Adultos mayores como grupo de atención prioritaria.

Las protecciones específicas dirigidas a las personas adultas mayores plenamente representada en la CRE, específicamente en los Art. 35 al 38, se enfocan en los adultos mayores de 65 años y más, tomándose en cuenta el contenido del Art. 36. Incluyen: provisión de atención médica gratuita, especializada y adecuada; provisión gratuita de medicamentos; empleo considerando sus limitaciones; jubilación universal; y protección especial contra el abandono y/o negligencia. Añón Roig y García Añón (2004), definen a los grupos de atención prioritaria como los que, por características estructurales o históricas, se encuentran en situación de desventaja sistemática frente al resto de la población, lo que justifica la adopción de medidas de acción afirmativa.

La Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (2019), desarrolla el contenido constitucional y establece el sistema de protección integral para dicho grupo etario, que abarca obligaciones específicas dirigidas al MSP, IESS y gobiernos autónomos descentralizados. Sin embargo, Mena-Rodríguez y Guerra-Coronel (2023), señalan que, la ley presenta vacíos en los mecanismos de exigibilidad y sanción, lo que debilita la efectividad práctica de la misma.

1.2.4 El Principio de Progresividad y No Regresividad.

El principio de progresividad posee dos dimensiones complementarias (2017), la

dimensión positiva dada por el mandato de avance gradual avoca a los Estados a adoptar medidas concretas y deliberadas, con el máximo de recursos disponibles (Art. 2.1 PIDESC). Por su parte, la dimensión negativa dada por la prohibición de regresividad impide al Estado adoptar medidas que reduzcan el nivel de satisfacción de los derechos previamente alcanzado (Observación General N.° 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes. E/1991/23., 1990).

El test de regresividad propuesto por Abramovich y Courtis (2002) establece que si una medida posterior resulta en un estándar de cumplimiento inferior al precedente, se presume inconstitucional. El Estado debe demostrar que hay razones de interés general, debido a que no se aplicaron medidas restrictivas, y se compensó al grupo afectado (Uprimny & Guarnizo, 2006). La CCE tomó como referencia el test de la sentencia C-556/09 dictada por la Corte Constitucional de Colombia, para emitir la sentencia 017-17-SIN-CC (2017).

1.2.5 La tutela judicial efectiva con enfoque constitucional.

La tutela judicial efectiva, prescrita en el Art. 75 de la CRE, exige al administrador de justicia que realicen un análisis de mérito de las pretensiones planteadas por el accionante, sobretodo especialmente cuando se encuentra en situación de vulnerabilidad. Las sentencias N.° 889-20-JP/21 (2021) y N.° 832-20-JP/21 (2021) definieron de manera puntual el estándar del "enfoque constitucional": la condición de pertenecer a un grupo de atención prioritaria debe ser conocida *ex officio* por el juez, para garantizar la aplicación de un juzgamiento bajo criterios reforzados, y que su petición no sea rechazada por cuestiones de mera formalidad, cuando en primer lugar se encuentren en juego sus derechos.

Este estándar representa una protección al derecho a la salud: cuando un adulto mayor activa la instancia constitucional por vulneración al derecho a la salud, el juez no puede inadmitirla bajo capa de que existe la vía ordinaria, sino que debe analizar si el derecho a la salud se vulneró y conceder la protección correspondiente (Torres Espinoza, 2025).

1.3 Marco Legal

1.3.1 Normativa Constitucional.

La CRE garantiza el derecho a la salud de los adultos mayores, dentro de los derechos al buen vivir. El Art. 35 establece la atención prioritaria y especializada. El Art. 37, num. 1, garantiza que el adulto mayor sea atendido de forma gratuita y por especialistas de cada área, así como obtener medicamentos. El derecho a la salud está amparado bajo las reglas del principio de progresividad, como lo señala el Art. 11, num. 8 (Asamblea Nacional del

Ecuador, 2008).

Los Arts. 417 y 427 incorporan los tratados internacionales de derechos humanos al bloque de constitucionalidad y establecen la aplicación del principio *pro homine*. El Art. 370 establece la inembargabilidad de las prestaciones del seguro social, cuya interpretación constitucional fue desarrollada en la sentencia N.° 889-20-JP/21 (2021).

1.3.2 Normativa legal nacional

La Ley Orgánica de Salud (2006) establece en su Art. 1 que la salud es un derecho humano inalienable cuya garantía es responsabilidad del Estado; en su Art. 7 reconoce el derecho a la atención gratuita en los tres niveles del sistema. La Ley Orgánica del Anciano (2006) en el Art. 10 obliga a los establecimientos públicos a atender a los ancianos inmediata, preferente y gratuitamente. La Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (2019), desarrolla el sistema integral de protección y establece obligaciones específicas para el MSP y el IESS. La Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional (2009), regula los mecanismos de exigibilidad, incluyendo la acción de protección (Art. 39) y la acción de inconstitucionalidad (Art. 75).

1.3.3 Marco internacional

El PIDESC (1966), ratificado por Ecuador, establece en el Art. 12 el derecho a la mejor salud posible y en su Art. 2.1 consagra la obligación de progresividad, por otra parte, la CADH (1969) en el Art. 26, establece el desarrollo progresivo de los DESC. El Protocolo de San Salvador (1988), en el Art. 10, establece el derecho a la salud, mientras que el Art. 17 garantiza y asegura una protección especial para personas de edad. De igual forma, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), si bien aún se encuentra pendiente de ratificación formal por parte del Estado ecuatoriano, opera como un parámetro hermenéutico y referente interpretativo vinculante y autorizado en virtud de la cláusula abierta y pro homine consagrada en el Art. 11, numerales 7 y 8 de la Constitución de la República del Ecuador, así como de conformidad con el estándar de interpretación conforme fijado en el Art. 427 ibídem.

1.4 Marco Jurisprudencial

1.4.1 Sentencia N.° 017-17-SIN-CC (7 de junio de 2017)

La sentencia N.° 017-17-SIN-CC (2017), emitida por el Pleno de la Corte Constitucional del Ecuador en el Caso N.° 0071-15-IN, constituye el precedente jurisprudencial más importante del ordenamiento ecuatoriano en materia de progresividad y no regresividad de los derechos de los grupos de atención prioritaria. La Corte declaró la inconstitucionalidad sustitutiva de las frases impugnadas, restituyendo el umbral del 30% (Corte Constitucional del Ecuador, 2017).

1.4.2 Sentencia N.° 889-20-JP/21 (10 de marzo de 2021)

La sentencia N.° 889-20-JP/21 (2021), ponencia del juez Ramiro Ávila Santamaría en el Caso N.° 889-20-JP, examinó la situación de Zoila Gardenia Laínez Cabezas, adulta mayor con discapacidad del 61% cuya única fuente de ingresos era una pensión de montepío, que fue objeto de un juicio coactivo de la Corporación Nacional de Telecomunicaciones (CNT). La acción de protección que presentó fue negada sin análisis de mérito.

La Corte declaró la vulneración de los derechos a la atención prioritaria, a la pensión de montepío, a la prohibición de embargo de prestaciones del seguro social (Art. 370 CRE), a servicios públicos de calidad y a la tutela judicial efectiva. Los estándares desarrollados incluyen: el deber de las empresas públicas de verificar la condición de vulnerabilidad de los deudores antes de iniciar juicios coactivos; la inembargabilidad irrestricta de las pensiones de montepío, salvo las excepciones del Art. 370 de la CRE; y el deber de los jueces constitucionales de analizar de mérito las acciones de protección de personas adultas mayores (2021).

1.4.3 Sentencia N.° 832-20-JP/21 (21 de diciembre de 2021)

La sentencia N.° 832-20-JP/21 (2021), también bajo la ponencia del juez Ramiro Ávila Santamaría en el Caso N.° 832-20-JP, examinó el caso de María Ángela Carabajo Morocho, adulta mayor de 78 años con discapacidad del 54%, que fue inducida por un sacerdote a vender su único bien inmueble mediante el abuso de la confianza espiritual que ella depositaba en él, sin que el notario verificara adecuadamente su capacidad y comprensión.

Al resolver el caso, la Corte Constitucional declaró la vulneración de los derechos al debido proceso, a la tutela judicial efectiva y a una vida digna de la accionante. Como precedente vinculante, el fallo delimitó las obligaciones reforzadas de debida diligencia que recaen sobre los prestadores de servicios públicos y notarios al interactuar con adultos

mayores en situación de doble vulnerabilidad, disponiendo que los operadores jurídicos y administrativos están llamados a ejercer un control de mérito y de oficio para evitar actos de desprotección o abuso de confianza, estándar extensible al deber de cuidado y trato preferente que el personal sanitario debe asegurar a este grupo etario.

1.4.4 Sentencia N.° 3144-17-EP/24 (11 de julio de 2024)

La sentencia N.° 3144-17-EP/24 (2024), es el precedente vinculante más reciente en torno al derecho a la salud de los adultos mayores. A la accionante le negaron el servicio a la salud[1] en un hospital público. La Corte declaró la vulneración del derecho a la salud, a la igualdad material, a la vida digna, a la atención prioritaria y a la tutela judicial efectiva. Como reparación integral se dispuso que el IESS debe incluir una dimensión transformadora que modifique las condiciones estructurales que generaron la vulneración. El IESS y el Hospital Teodoro Maldonado Carbo emitieron disculpas públicas en cumplimiento de la sentencia.

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

2.1 Contexto de la Investigación

La investigación se desarrolló en el cantón La Libertad, provincia de Santa Elena, Ecuador, durante el período comprendido entre octubre de 2024 y mayo de 2026. El proceso empírico se estructuró en dos etapas secuenciales: (a) el levantamiento cuantitativo mediante la aplicación de encuestas a los adultos mayores usuarios de las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública del cantón, ejecutado entre octubre de 2024 y marzo de 2025; y (b) la fase cualitativa desarrollada entre abril y mayo de 2026, consistente en la aplicación de entrevistas a profundidad dirigidas a informantes clave del ámbito académico, judicial y sanitario de la provincia y del cantón.

2.2 Diseño y Alcance de la Investigación

La investigación es de método no experimental, y su alcance es descriptivo y analítico, y sus variables son medibles y porque se examina la normativa ajustada a la realidad.

2.3 Tipo y Métodos de Investigación

La investigación adoptó el enfoque mixto que integra métodos cualitativos y cuantitativos (Creswell, 2014), desde la perspectiva cualitativa, se empleó el paradigma interpretativista para analizar elementos tales como: el marco normativo, jurisprudencia constitucional y percepciones de los especialistas entrevistados. Desde la perspectiva cuantitativa, se aplicó el paradigma positivista con la finalidad de cuantificar y describir estadísticamente las percepciones de los adultos mayores.

Los métodos jurídicos empleados estuvieron dados por: el método exegético, enfocado en el análisis literal e histórico de las normas constitucionales y legales; método dogmático-jurídico, dirigido a la sistematización de las categorías jurídicas centrales; método

hermenéutico-constitucional, específico en la interpretación de las sentencias conforme al Art. 427 de la CRE y el Art. 3 de la LOGJCC; método inductivo-deductivo, desarrollado con la finalidad de articular los hallazgos empíricos con conclusiones de alcance general; y el método comparado, para contrastar los estándares de las cuatro sentencias entre sí y con la doctrina comparada.

2.4 Población y Muestra

El presente informe de investigación de delimito en dos tipos de análisis específicos en forma cualitativa y cuantitativa.

1. **Especialistas e informantes clave (Componente cualitativo):** Se conformó una muestra no probabilística de tipo intencional u opinático (Patton, 2015), integrada por seis (n = 6) profesionales con destacada trayectoria en materia constitucional, derechos fundamentales y gestión pública sanitaria: E1 (Docente de Derecho Constitucional), E2 (Abogado litigante en garantías jurisdiccionales), E3 (Funcionario administrativo del MSP), E4 (Docente de Derecho Internacional de los Derechos Humanos), E5 (Abogado litigante en derechos sociales) y E6 (Funcionario de la Defensoría del Pueblo del Ecuador).

2. **Adultos mayores usuarios del MSP (Componente cuantitativo):** La población diana estuvo constituida por las personas adultas mayores (65 años en adelante) adscritas con registro activo de atención médica durante el último semestre en los centros de salud tipo A y B del Ministerio de Salud Pública (MSP) en el cantón La Libertad, provincia de Santa Elena. Dado que el universo de pacientes con asistencia recurrente que cumplieron con los criterios de inclusión en las unidades sanitarias seleccionadas correspondió exactamente a N = 175 personas, se optó por un censo poblacional (muestra censal**)**. En virtud de ello, al evaluarse a la totalidad de la población accesible n = 175, no se aplicó muestreo aleatorio ni fórmulas de estimación probabilística, garantizándose la cobertura íntegra del registro cantonal y eliminando el error muestral por selección.

Tabla 1

Distribución de la muestra e informantes por técnica e instrumento

PARÁMETRO	VALOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Entrevista a especialistas	n = 6 especialistas	Muestra no probalístico intencional	Guía semiestructurada (Apéndice A)
Encuesta a adultos mayores	N = n = 175	Muestreo censal poblacional completo	Cuestionario estructurado (Apéndice B)
Análisis documental	4 sentencias de la Corte Constitucional	Muestreo teórico documental	Ficha de análisis jurisprudencial (Apéndice C)

2.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Las entrevistas semiestructuradas: se aplicaron a los seis profesionales mediante una guía de ocho preguntas abiertas organizadas en tres dimensiones: marco normativo y jurisprudencial; implementación práctica y brechas identificadas; y recomendaciones. Las entrevistas se llevaron a cabo entre el 15 de abril y el 15 de mayo de 2026, con una duración promedio de 38 minutos, siendo debidamente grabadas con consentimiento informado y transcritas para su procesamiento (Apéndice A).

Las encuestas estructuradas: se aplicaron a las 175 personas adultas mayores (levantadas entre octubre de 2024 y marzo de 2025) mediante un cuestionario con preguntas cerradas y de opción múltiple, organizado en cinco secciones: datos generales (Sección A), conocimiento de derechos (Sección B), acceso a servicios de salud (Sección C), calidad de la atención en los centros de salud (Sección D) y percepción general (Sección E). El procesamiento de los datos se realizó mediante análisis de frecuencias absolutas y relativas (Apéndice B).

2.6 Procesamiento de la evaluación: validez y confiabilidad de los instrumentos

Para garantizar el rigor metodológico de los instrumentos diseñados, se ejecutaron procesos estandarizados de validación de contenido y consistencia interna:

1. Validez de contenido: La guía de entrevista y el cuestionario estructurado fueron validados mediante juicio de expertos con un panel de seis (n = 6) profesionales especialistas en Derecho Constitucional, Salud Pública y Metodología. Cada reactivo

fue evaluado bajo criterios de pertinencia, claridad y suficiencia. A partir de las evaluaciones cuantitativas se calculó la Razón de Validez de Contenido (CVR) bajo el modelo de (Lawshe, 1975) modificado por (Tristán-López, 2008), obteniéndose un Índice de Validez de Contenido global (CVI) de 0,89, superando el umbral mínimo aceptable de 0,58.

2. Confiabilidad del cuestionario: Se realizó una prueba piloto aplicada a 20 personas adultas mayores con características análogas a la población de estudio, quienes no formaron parte del censo final. El procesamiento de los datos en el paquete estadístico IBM SPSS Statistics (versión 26.0) determinó un coeficiente Alfa de Cronbach α de 0,84 para la escala general, lo que certifica un nivel de consistencia interna y confiabilidad alto según los baremos de (George, 2003).

Tabla 2

Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Marco constitucional y jurisprudencial	Normativa	CRE, LOS, LOPAM, CCE	Nominal	Análisis documental
Efectividad del derecho a la salud	Disponibilidad	N.° geriatras; medicamentos disponibles	Razón	Entrevistas; datos MSP
	Accesibilidad	Acceso a citas, medicamentos, especialistas, tiempos de espera, pago de bolsillo	Ordinal / Razón	Encuesta Sección C
	Calidad y aceptabilidad	Valoración de la atención; trato digno	Ordinal	Encuesta Sección D
	Conocimiento de derechos	Nivel de conocimiento de derechos	Ordinal	Encuesta Sección B

		constitucionales de salud		

CAPÍTULO 3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente capítulo expone y analiza los resultados obtenidos a través de los tres instrumentos de investigación — entrevistas, encuestas y análisis jurisprudencial — articulando los hallazgos con el marco teórico del Capítulo I y respondiendo a cada uno de los objetivos específicos planteados. La sección 3.4 presenta la discusión comparada de todos los resultados mediante triangulación, y la sección 3.5 desarrolla la propuesta de protocolo institucional derivada de los hallazgos.

3.1 Análisis e interpretación de entrevistas a especialistas

Se realizaron seis entrevistas semiestructuradas a especialistas identificados como E1 a E6 para preservar la confidencialidad, por su parte, el análisis de contenido temático (Braun & Clarke, 2006) identificó cinco dimensiones analíticas: (D1) evaluación del marco normativo; (D2) brechas de implementación; (D3) regresividad presupuestaria; (D4) exigibilidad judicial; y (D5) discriminación por edad. A continuación se presentan los hallazgos por dimensión:

Tabla 3

Matriz de categorías emergentes de las entrevistas

DIMENSIÓN	CATEGORÍA EMERGENTE	PATRÓN	CONVERGENCIA ENTRE E1-E6
D1: Marco normativo	Robustez constitucional	CRE garantista; brecha norma-práctica	E1, E2, E4, E5: plena convergencia. E3: implementación exige presupuesto. E6: desconocimiento

			neutraliza la norma
D2: Brecha de implementación	Insuficiencia estructural	Déficit geriatras, medicamentos, cobertura rural	Convergencia total E1-E6. E4 añade: "(…) el presupuesto del MSP no consideró el método DACA (…)"
D3: Regresividad	Medidas austeridad (2016 - 2022)	Reducción de la lista básica, cierres y contratos	E2, E4, E5 lo califican como potencialmente regresivas (017-17-SIN-CC) E3 señala que hay justificación técnica, pero la consulta insuficiente
D4: Exigibilidad	Anomalía de acceso al servicio	Desconocimiento de la norma y barreras prácticas	E2: Presentó 4 acciones de protección (3 declaradas con lugar, sustentado en sent. 017-17-SIN-CC); E6 43 resoluciones DPE 2021-2023; 31% incumplimiento MSP
D5: Discriminación edad	Edadismo en salud	Negativa procedimientos por edad avanzada	E6: 43 resoluciones amparo DPE. E2: ha litigado 3 AP exitosas. E3: reconoce casos puntuales

Dimensión 1: Evaluación del Marco Normativo

Los entrevistados en su totalidad acertaron en el criterio, que el marco constitucional ecuatoriano se mantiene a la vanguardia en América Latina, en garantía a la salud de los adultos mayores. E1 enfatizo el consenso: "Ecuador tiene una de las constituciones más garantistas. El problema es la distancia entre el texto de la norma y lo que ocurre en una unidad de salud cuando un anciano llega a buscar su insulina y no hay". E4 señaló: "Los Arts. 32 y 35 de la CRE están perfectamente alineados con los estándares del Comité DESC. Pero la OG N.° 14 exige que los Estados demuestren medidas concretas con el máximo de recursos

disponibles". E3 reconoció que la sentencia 017-17-SIN-CC y el principio PIDESC de máximo uso de recursos disponibles aún no se han traducido en herramientas de planificación presupuestaria en el MSP.

Dimensión 2: Brechas de Implementación

De las entrevistas realizadas a los seis especialistas se registró tres secciones fundamentales a considerar. E5 acotó el análisis más preciso: "En Ecuador hay menos de 200 médicos geriatras para una población superior a 1,2 millones de adultos mayores. El Art. 37, núm. 1 garantiza 'atención especializada'. Si no hay especialistas, no hay atención especializada. Cuando el Estado reduce contratos de médicos especialistas — como ocurrió entre 2016 y 2019 — eso es regresividad en sentido estricto de la sentencia 017-17-SIN-CC". E6 opimo desde una perspectiva en calidad de funcionario de Defensoría del Pueblo del Ecuador: "Entre 2021 y 2023 recibimos más de 800 quejas: demora en entrega de medicamentos, negativa de especialistas a atender pacientes mayores de 75 años para cirugías, y falta de camas en unidades de cuidados especiales. El 31% de las resoluciones de amparo no fueron cumplidas por el MSP".

Dimensiones 3, 4 y 5

E5 considero que la reducción de la lista de medicamento dentro del programa de medida de austeridad, bajo la siguiente postura: "Eso afectó especialmente a adultos mayores, principales consumidores de medicamentos para hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares. La sentencia 017-17-SIN-CC prohíbe reducir el nivel de cobertura previamente alcanzado para grupos vulnerables sin justificación suficiente". E2, desde el ámbito del derecho agrego la siguiente opinión: "He presentado cuatro acciones de protección por el derecho a la salud de adultos mayores. Gané tres. En todas invoqué el principio de no regresividad de la sentencia 017-17-SIN-CC. Los jueces constitucionales ya conocen ese estándar. El problema es la asimetría de acceso: las personas que más necesitan ejercer su derecho son las que tienen mayor dificultad para activar los mecanismos de exigibilidad".

3.2 Análisis e Interpretación de Encuestas a Adultos Mayores

Se aplicaron 175 cuestionarios. El 52,0% fueron mujeres y el 48,0% hombres. El 38,3% residía en zona rural, el 47,4% en urbana y el 14,3% en periurbana. El 35,4% reportó instrucción primaria, el 28,6% secundaria, el 21,7% ninguna y el 14,3% superior. Los resultados se presentan por dimensión del estándar DACA:

Dimensión de Conocimiento de Derechos

Tabla 4

Conocimiento de derechos constitucionales de salud (Preg. B4)

OPCIÓN DE RESPUESTA	f	%
Sí, los conozco bien	28	16,0%
Los conozco parcialmente	61	34,9%
Los desconozco en su mayoría	53	30,3%
No los conozco en absoluto	33	18,9%
TOTAL	**175**	**100%**

Nota: n = 175 adultos mayores usuarios del MSP. Fuente: encuesta aplicada por el autor/a (2024).

El 49,2% de los adultos mayores desconoce en su mayoría o totalmente sus derechos constitucionales de salud (Tabla 4). Esta brecha es especialmente pronunciada en el grupo sin instrucción formal (88,7% desconocimiento) y en la población rural (71,2%). Desde la perspectiva del estándar DACA, la dimensión de accesibilidad informativa — el derecho a buscar, recibir y difundir información sobre salud — está siendo sistemáticamente insatisfecha. Este hallazgo es concordante con el señalado por E6 y coincide con los señalamientos de Villareal Rodríguez (2021) para el contexto ecuatoriano.

Dimensión de Accesibilidad

Tabla 5

Acceso a servicios de salud en los últimos 12 meses (Pregunta C1)

OPCIÓN DE RESPUESTA	f	%
Sí, siempre	22	12,6%
La mayoría de veces sí	48	27,4%
A veces sí, a veces no	67	38,3%
Casi nunca / nunca	38	21,7%

TOTAL	**175**	**100%**

Nota: n = 175. El 60,0% no accede de manera consistente a los servicios de salud que necesita.

El 60,0% no accede de manera consistente a los servicios que necesita (Tabla 5). En zonas rurales, el 78,3% reporta acceso inconsistente frente al 45,2% en zonas urbanas. Esta distribución evidencia que la dimensión de accesibilidad física del estándar DACA presenta un problema estructural que afecta desproporcionadamente a los adultos mayores rurales, en línea con los hallazgos de García Morente y Crespo Andrade (García Morente & Crespo Andrade, 2023).

Tabla 6

Dificultades en obtención de medicamentos (Pregunta C2)

OPCIÓN DE RESPUESTA	f	%
Nunca	31	17,7%
Pocas veces	44	25,1%
Frecuentemente	63	36,0%
Siempre	37	21,1%
TOTAL	**175**	**100%**

Nota: n = 175. El 57,1% enfrenta dificultades frecuentes o permanentes para obtener medicamentos.

El 57,1% enfrenta dificultades frecuentes o permanentes para obtener medicamentos (Tabla 6). Dado que el Art. 37, num. 1 de la CRE garantiza expresamente el acceso gratuito a medicamentos, este porcentaje configura evidencia de vulneración sistemática de un derecho constitucional, que podría configurar regresividad en los términos de la sentencia 017-17-SIN-CC si se contrasta con indicadores previos a las reformas de 2017-2019.

Tabla 7

Acceso a atención especializada (Pregunta C3)

OPCIÓN DE RESPUESTA	f	%

Sí, sin dificultad	19	10,9%
Sí, pero con espera > 30 días	52	29,7%
Referido pero no atendido	65	37,1%
No pude ser atendido/a	39	22,3%
TOTAL	**175**	**100%**

Nota: n = 175. El 59,4% no recibe atención especializada efectiva o la recibe con demoras graves.

Solo el 10,9% accede a atención especializada sin dificultad en la red pública (Tabla 7); el 59,4% no recibe atención especializada efectiva. Este dato es el más crítico de la dimensión de disponibilidad del estándar DACA, y confirma empíricamente la brecha identificada por E5 respecto al déficit de geriatras en la red pública (< 0,3 por 10.000 adultos mayores vs. el mínimo de 1,0 recomendado por la OMS).

Tabla 8

Tiempo de espera para cita médica (Pregunta C4)

OPCIÓN DE RESPUESTA	f	%
Menos de 7 días	29	16,6%
Entre 8 y 30 días	48	27,4%
Más de 30 días	72	41,1%
No he podido conseguir cita	26	14,9%
TOTAL	**175**	**100%**

Nota: n = 175. El 56,0% más de la mitad del encuestado no recibe el beneficio el servicio de salud, puesto que debe de esperar más de un mes, o por ultimo no consigue cita.

Tabla 9

Pago de bolsillo por servicios formalmente gratuitos (Pregunta C5)

OPCIÓN DE RESPUESTA	f	%
Nunca	27	15,4%

Pocas veces	53	30,3%
Frecuentemente	61	34,9%
Siempre	34	19,4%
TOTAL	**175**	**100%**

Nota: n = 175. El 54,3% realiza pagos de bolsillo frecuentes o permanentes por servicios constitucional y legalmente gratuitos.

El 54,3% realiza cancelaciones frecuentes o permanentes por servicios formalmente gratuitos (Tabla 9), situación que configura como doble vulneración dada por: la falla del Estado en la provisión gratuita garantizada por el Art. 37 de la CRE, y la imposición de la carga económica sobre el grupo de menor capacidad de pago. La ENSANUT (2022), confirmó que el gasto de bolsillo es la principal causa de empobrecimiento de hogares con adultos mayores dependientes.

Dimensión de Calidad

Tabla 10

Calidad de la atención recibida (Pregunta D1)

OPCIÓN DE RESPUESTA	f	%
Excelente	9	5,1%
Buena	42	24,0%
Regular	88	50,3%
Mala	24	13,7%
Muy mala	12	6,9%
TOTAL	**175**	**100%**

Nota: n = 175. Las tres cuartas partes de los encuestados están inconformes con el servicio de salud, y lo califican por deficiente.

Tabla 11

Percepción general del cumplimiento estatal (Pregunta E1)

OPCIÓN DE RESPUESTA	f	%
Sí, plenamente	11	6,3%
Parcialmente	62	35,4%
No, hay muchas fallas	79	45,1%
No sabe / no responde	23	13,1%
TOTAL	**175**	**100%**

Nota: n = 175. El 45,1% considera que el Estado no cumple su obligación constitucional.

Sumado al 13,1% que no sabe o no responde, el 58,2% no percibe cumplimiento estatal satisfactorio. Esta percepción desde la experiencia directa de los titulares del derecho es concordante con los hallazgos de las entrevistas y el análisis jurisprudencial.

Cuadro Comparativo de las Cuatro Sentencias constitucionales

Tabla 12

Cuadro comparativo de las cuatro sentencias constitucionales

CRITERIO	017-17-SIN-CC	889-20-JP/21	832-20-JP/21	3144-17-EP/24
Año	2017	2021	2021	2024
Tipo	Inconstitucionalidad abstracta	Revisión JP (AEP)	Revisión JP (AEP)	AEP vinculante
Ponente	Silva Chicaíza	Ávila Santamaría	Ávila Santamaría	Cárdenas Reyes
Grupo protegido	Discapacitados (extensible a AM)	AM con discapacidad	AM con discapacidad	AM afiliada IESS
Accionado	Estado (Ejecutivo)	Empresa pública y jueces	Particular y jueces	IESS y jueces
Derechos centrales	Progresividad; igualdad	Montepío; tutela judicial	Vivienda; propiedad; tutela	Salud; igualdad material; vida digna

Estándar principal	Test de regresividad	Inembargabilidad montepío; protocolos para AM	Obligaciones reforzadas notario; AP contra particulares	Obligaciones IESS frente a AM; control de mérito en salud
Incidencia en salud AM	Alta	Alta	Media-alta	Muy alta (precedente directo)

Discusión de los resultados

La triangulación de los resultados de las tres fuentes de evidencia — entrevistas, encuestas y análisis jurisprudencial — permite construir una visión integral del fenómeno estudiado y confirmar o refutar la hipótesis planteada:

Tabla 13

Triangulación de resultados

DIMENSIÓN DACA	ENTREVISTAS	ENCUESTAS	JURISPRUDENCIA (4 Sentencias)
Disponibilidad	Déficit geriatras < 0,3 / 10.000 AM; insuficiencia de unidades	59,4% sin acceso a especialistas (Tabla 7)	Est. 017-17: medidas regresivas que reducen disponibilidad son presuntamente inconstitucionales. Est. 3144-17: IESS tiene obligación de garantizar disponibilidad de medicamentos
Accesibilidad	Barreras geográficas y económicas; 35,7% AM rurales	60% acceso inconsistente; 54,3% pago de bolsillo	Est. 889-20: prestaciones del seguro social no pueden ser afectadas. Est. 3144-17: atención domiciliaria es obligación cuando está médicamente indicada
Calidad	Discriminación por edad; déficit	70,9% atención regular/deficiente	Est. 832-20: personal de salud tiene obligaciones reforzadas de debida

	protocolos geriátricos	(Tabla 10)	diligencia frente a AM. Est. 3144-17: falta de calidad vulnera directamente el derecho a la salud
Conocimiento	Ausencia de campañas difusión; Defensoría desbordada	49,2% desconoce sus derechos (Tabla 4)	Est. 889-20: empresas públicas deben informar verazmente a AM. Dimensión positiva Sent. 017-17: el Estado debe crear condiciones para el ejercicio pleno del derecho

Los hallazgos confirman la hipótesis planteada: el Estado ecuatoriano no garantiza efectivamente el derecho constitucional a la salud de los adultos mayores en los términos establecidos por la CRE y los estándares de las cuatro sentencias constitucionales analizadas. Las brechas son sistemáticas en las cuatro dimensiones del estándar DACA y se manifiestan tanto en los datos empíricos dados por: encuestas y entrevistas, como en los patrones jurisprudenciales identificados en los casos que llegaron a la Corte Constitucional.

La discusión con la literatura revela que, los hallazgos ecuatorianos son consistentes con los reportados por Villareal Rodríguez (2021), y García Morente y Crespo Andrade (2023), quienes identificaron las mismas categorías de déficit. La contribución específica de la presente investigación está dada por la articulación de esos déficits empíricos con los estándares jurisprudenciales de las cuatro sentencias constitucionales, especialmente la sentencia 3144-17-EP/24 considerados el precedente vinculante más reciente que ofrece el marco jurídico preciso y actualizado para exigir su rectificación.

La tesis de Abramovich y Courtis (2002), sobre la justiciabilidad de los DESC encuentra confirmación empírica: los litigantes reportaron éxito en acciones de protección vinculadas al derecho a la salud de adultos mayores invocando los estándares de las sentencias analizadas. El problema no está dado por la inexistencia de herramientas jurídicas sino por la asimetría de acceso: el 49,2% de adultos mayores desconoce sus derechos, y solo el 8,6% presentó quejas o acciones legales. Tal paradoja dada por: herramientas jurídicas disponibles pero inaccesibles en la práctica, es la manifestación más aguda de la brecha norma-práctica identificada.

El análisis comparado de las cuatro sentencias revela la línea jurisprudencial

progresiva que amplía sistemáticamente el contenido de la obligación estatal de atención prioritaria: desde los principios generales de la sentencia 017-17-SIN-CC (2017), pasando por las obligaciones de las empresas públicas en la sentencia 889-20-JP/21 (2021), las obligaciones de terceros prestadores de servicios en la sentencia 832-20-JP/21 (2021), hasta las obligaciones específicas del sistema de seguridad social en la sentencia 3144-17-EP/24 (2024). Dicho desarrollo jurisprudencial progresivo es en sí mismo evidencia del principio de progresividad en acción en el sistema constitucional ecuatoriano.

Propuesta: Protocolo institucional de garantía del derecho a la salud de los adultos Mayores

Los hallazgos de la investigación derivan en la propuesta del Protocolo Institucional de Garantía del Derecho a la Salud de los Adultos Mayores (PIGDSAM), basado en los estándares de las cuatro sentencias constitucionales analizadas y en los déficits empíricos identificados, de esta forma el protocolo se organiza en cinco componentes dados por:

Componente 1 Disponibilidad garantizada: El MSP y el IESS establecerán el plan de incremento progresivo y verificable del número de especialistas en geriatría y gerontología en la red pública, con meta de alcanzar al menos 0,7 geriatras por cada 10.000 adultos mayores en 5 años (2026-2030). Dicho plan abarcará incentivos específicos para la instalación de especialistas en zonas rurales, debe destacarse que, la reducción de cualquier indicador del plan en relación con el año anterior configura como una medida regresiva que activa la presunción de inconstitucionalidad de la Sentencia 017-17-SIN-CC.

Componente 2 Accesibilidad diferenciada: El MSP emitirá el Acuerdo Ministerial estableciendo tiempos máximos de espera diferenciados para adultos mayores (máximo 5 días para primer nivel; 20 días para derivación a especialista), prohibición expresa de negar procedimientos por criterios de edad avanzada, y disponibilidad permanente de los 25 medicamentos más prescritos para enfermedades crónicas en adultos mayores. El IESS asegurará el cumplimiento de los planes de atención individualizados, incluyendo atención domiciliaria si es necesario, en cumplimiento con el estándar de la Sentencia 3144-17-EP/24.

Componente 3: Protocolos de identificación y diligencia debida: Cada centro de atención de salud pública establecerá protocolos para la identificación de pacientes ancianos en el momento de la admisión, que consistirán en: verificar la condición del grupo prioritario de atención; registrar la discapacidad, si la hubiera; la imposición automática de tiempos de espera diferenciados, y la designación de un gestor de casos para pacientes ancianos con

enfermedades crónicas.

Componente 4: Difusión de derechos y acceso a la justicia: La Oficina del Defensor del Pueblo establecerá un Programa Nacional de Alfabetización Legal sobre los Derechos a la Salud para las Personas Mayores dirigido a la población rural. Desarrollar recursos claros sobre los derechos a la salud y el derecho a la salud consagrados en la Constitución y los medios para su realización será uno de los objetivos del Programa. Este programa se desarrollará en colaboración con el Ministerio de Salud Pública (MSP), los Gobiernos Locales (GAD) y las Asociaciones de Adultos Mayores.

Componente 5: Monitoreo y rendición de cuentas: El MSP, el IESS y la Oficina del Defensor del Pueblo informarán a la Asamblea Nacional una vez al año sobre los indicadores de progreso relativos a las normas establecidas en DACA con objetivos anuales que puedan ser comprobados. Los indicadores incluirán el número de geriatras por cada 10,000 adultos mayores; el número de adultos mayores que pudieron acceder a medicamentos esenciales durante el año; el tiempo de espera promedio para consultar a médicos y especialistas; y el número de órdenes del Defensor del Pueblo que fueron ejecutadas por el MSP en el plazo legalmente establecido.

CONCLUSIONES

El Ecuador dispone de uno de los marcos constitucionales más avanzados de América Latina para la protección del derecho a la salud de los adultos mayores, articulado en los Arts. 32, 35-38 y 11, numeral 8 de la Constitución de 2008, complementado por un bloque de constitucionalidad sólido que incorpora el PIDESC, la CADH, el Protocolo de San Salvador y las Observaciones Generales N.º 6 y N.º 14 del Comité DESC. El estándar DACA que abarca elementos como: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, proporciona el marco evaluativo idóneo para medir el cumplimiento de las obligaciones constitucionales del Estado en dicha materia.

Las cuatro sentencias constitucionales analizadas dadas por: la sentencia N.º 017-17-SIN-CC, N.º 889-20-JP/21, N.º 832-20-JP/21 y N.º 3144-17-EP/24, conforman la línea jurisprudencial progresiva y coherente que desarrolla sistemáticamente el contenido de la obligación de atención prioritaria a los adultos mayores. Cabe destacar que, la línea jurisprudencial se estructura sobre la base de los estándares vinculantes dados por: la doble dimensión de la progresividad; presunción de inconstitucionalidad de las medidas regresivas; test comparativo de regresividad; obligación de protección reforzada de grupos de atención prioritaria; y deber de los jueces constitucionales de ejercer control de mérito con enfoque constitucional. La cláusula 3144-17-EP/24 se considera la jurisprudencia más relevante en cuanto al derecho a la salud de las personas mayores dentro del sistema de seguridad social, y es la referencia estándar del carácter obligatorio para probar la evaluación de las obligaciones del IESS.

Los participantes de las entrevistas ratifican la existencia de cinco categorías de

déficit estructural en el sistema de salud. Asimismo, los resultados empíricos derivados del estudio de caso censal en el cantón La Libertad confirman que, en el ámbito operativo local, el derecho a la salud de los adultos mayores no se materializa en condiciones de igualdad, gratuidad integral y oportunidad. Estos indicadores evidencian una vulneración sistemática en las cuatro dimensiones del estándar DACA, confirmando la hipótesis de la investigación en cuanto a la persistencia de una marcada brecha entre la consagración normativa nacional y su efectividad material en el territorio.

Finalmente, la hipótesis planteada es confirmada. El Estado ecuatoriano no garantiza de manera efectiva la salud de los adultos mayores. La brecha no es de carácter normativo, sino de la necesidad de implementación de recursos, institucionalidad, y mecanismos de rendición de cuentas.

RECOMENDACIONES

A la Asamblea Nacional, se recomienda ratificar la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Organización de Estados Americanos, 2015), que reforzaría la protección de este grupo vulnerable. Es necesaria una reforma a la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores, en el sentido que se incluya el procedimiento para exigir una justicia directa, así como crear una dependencia de la Defensoría Pública exclusivamente para adultos mayores, y que sus indicadores sean reportador periódicamente a la Asamblea.

Al Ministerio de Salud Pública, se recomienda adoptar protocolos que garanticen la salud de los adultos mayores, como se propuso en el capítulo III, con atención al incremento de médicos especialistas en las respectivas áreas, así como un sistema de citas diferenciado, disponibilidad de medicamente básicos.

A la Defensoría del Pueblo del Ecuador, se recomienda implementar capacitaciones y consultorías jurídicas gratuitas, con la participación de estudiantes de derecho y medicina de las universidades e institutos superiores, así como la intervención con criterios técnicos de las organizaciones de derechos humanos, con mayor enfoque en las zonas rurales.

REFERENCIAS

Abramovich, V., & Courtis, C. (2002). *Los derechos sociales como derechos exigibles.* Trotta.

Añón Roig, M. J. (2004). *Lecciones de derechos sociales.* Tirant lo Blanch.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2006). *Ley Orgánica de Salud.* Registro Oficial N.° 423, 22 de diciembre de 2006.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2006). *Ley Orgánica del Anciano (Codificación).* Registro Oficial N.° 376, 13 de octubre de 2006.

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

Asamblea Nacional del Ecuador. (2009). *Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional.* Registro Oficial Suplemento N.° 52, 22 de octubre de 2009.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2019). *Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores.* Registro Oficial Suplemento N.° 484, 25 de abril de 2019.

Ávila Santamaría, R. (2011). *El neoconstitucionalismo transformador: El estado y el derecho en la Constitución de 2008.* Abya-Yala.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology.* Qualitative Research in Psychology.

Comanducci, P. (2003). *Formas de (neo)constitucionalismo: Un análisis metateórico.*

Isonomía: Revista de Teoría y Filosofía del Derecho.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2022). *Derechos humanos de las personas mayores y sistemas nacionales de protección en las Américas.* Organización de Estados Americanos.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1990). *Observación General N.° 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes. E/1991/23.* Organización de las Naciones Unidas.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1995). *Observación General N.° 6: Los derechos de las personas de edad. E/1996/22.* Organización de las Naciones Unidas.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación General N.° 14: El derecho al más alto nivel posible de salud. E/C.12/2000/4.* Organización de las Naciones Unidas.

Corte Constitucional de Colombia. (2009). *Sentencia C-556/09.* Bogotá.

Corte Constitucional de Colombia. (2012). *Sentencia C-536/12.* Bogotá.

Corte Constitucional del Ecuador. (2017). *Sentencia No. 017-17-SIN-CC.*

Corte Constitucional del Ecuador. (2021). *Sentencia No. 832-20-JP/21.*

Corte Constitucional del Ecuador. (2021). *Sentencia No. 889-20-JP/21.*

Corte Constitucional del Ecuador. (2024). *Sentencia No. 3144-17-EP/24.*

Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (4th ed.).* . SAGE Publications.

Erazo Galarza, D. E. (2024). Desarrollo jurisprudencial de los derechos de los grupos de atención prioritaria. . *JUESS.*

Ferrajoli, L. (2001). *Los fundamentos de los derechos fundamentales.* Trotta.

García Morente, A., & Crespo Andrade, L. (2023). *Sistema de salud ecuatoriano 2019-2022: austeridad y regresividad de derechos.* . Revista Latinoamericana de Derechos Humanos.

George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference (4th ed.).* Allyn & Bacon.

Gerontología, R. L. (2024). *Gerontología.org*. Obtenido de https://www.gerontologia.org/en-ecuador-hay-mas-de-18000-personas-mayores-de-95-anos/

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación (6.ª ed.)*. . McGraw-Hill Education.

Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición — ENSANUT 2022.* Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2023). *Ecuador en Cifras*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/mas-de-2-700-personas-son-centenarias-en-ecuador-segun-el-censo/

Lawshe, C. H. (1975). *A quantitative approach to content validity.* Personnel Psychology, 28(4), 563-575.

Mena-Rodríguez, J. y.-C. (2023). Análisis de los derechos constitucionales de los adultos mayores y su protección económica en el Ecuador. *Perspectivas Sociales y Administrativas*.

Ministerio de Salud Pública. (2017). *Acuerdo Ministerial 00008-2017.* Registro Oficial.

Organización de Estados Americanos. (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica"*.

Organización de Estados Americanos. (1988). *Protocolo Adicional a la CADH en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales — Protocolo de San Salvador.* Organización de Estados Americanos.

Organización de Estados Americanos. (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.* Organización de Estados Americanos.

Organización de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.* Asamblea General de la ONU.

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Década del Envejecimiento Saludable.*

Organización Mundial de la Salud. (1 de Octubre de 2025). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research and evaluation methods (4th ed.).* . SAGE

Publications.

Pisarello, G. (2007). *Los derechos sociales y sus garantías: Elementos para una reconstrucción.* Trotta.

Puras, D. (2019). *Report of the Special Rapporteur on the right to health. A/74/174.* ONU.

Storini, C., & Navas Alvear, M. (2013). *La acción de protección en Ecuador: Realidad jurídica y social.* Corte Constitucional del Ecuador.

Tlaleng Mofokeng, T. (2021). *Report of the Special Rapporteur on the right to health. A/HRC/47/28.* ONU.

Torres Espinoza, J. J. (2025). La protección del derecho a la salud abordado desde la perspectiva de la Corte Constitucional del Ecuador. *Revista Derecho y Salud, Universidad Blas Pascal*.

Tristán-López, A. (2008). *Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo.* Avances en Medición.

Uprimny, R., & Guarnizo, D. (2006). *¿Es posible una dogmática adecuada sobre la prohibición de regresividad? Un enfoque desde la jurisprudencia constitucional colombiana.* CELS.

Villareal Rodríguez, M. (2021). *Barreras de acceso a servicios de salud para adultos mayores en el Ecuador: un análisis desde el principio de progresividad.* Universidad Central del Ecuador.

Zambrano, C. (2019). *El principio de progresividad en la jurisprudencia de la Corte Constitucional del Ecuador.* Revista de Derecho Constitucional.

Zavala Egas, J. (2011). *Derecho constitucional, neoconstitucionalismo y argumentación jurídica.* Edilex.

APÉNDICES

Apéndice A guía de entrevista semiestructurada

Dirigida a especialistas en derecho constitucional, derecho de la salud y gestión pública. Propósito: obtener información cualitativa sobre la garantía efectiva del derecho constitucional a la salud de los adultos mayores en el Ecuador.

Código del/la entrevistado/a:	
Título / Cargo:	
Institución / Dependencia:	
Años de experiencia:	
Fecha y modalidad:	
Duración aproximada:	

PREGUNTAS:

1. ¿Cómo evalúa el marco constitucional ecuatoriano (Arts. 32, 35-38 y 11.8 CRE) en materia de derecho a la salud de los adultos mayores? ¿Es suficiente para garantizar su protección efectiva en la práctica?

_____

_____

_____

2. ¿Cuáles son las tres principales brechas entre el reconocimiento constitucional y la implementación práctica del derecho a la salud de los adultos mayores? ¿A qué factores las atribuye?

_____

_____

_____

3. ¿Cómo interpreta el principio de progresividad y no regresividad del Art. 11.8 CRE en relación con el derecho a la salud de los adultos mayores? ¿Puede citar casos concretos?

_____

_____

_____

4. ¿Cuál es su valoración de las sentencias N.° 017-17-SIN-CC, N.° 889-20-JP/21, N.° 832-20-JP/21 y N.° 3144-17-EP/24 de la Corte Constitucional y su aplicación al derecho a la salud de los adultos mayores?

_____

_____

_____

5. ¿Considera que las medidas de ajuste presupuestario en el sector salud de 2016-2022 tienen carácter regresivo en los términos de la jurisprudencia constitucional? ¿Qué medidas específicas señalaría?

_____

_____

_____

6. ¿Cuál es el rol de la acción de protección y de los estándares jurisprudenciales en la exigibilidad del derecho a la salud de los adultos mayores? ¿Qué obstáculos enfrenta su uso efectivo?

_____

_____

_____

7. ¿Qué reformas normativas, de políticas públicas o institucionales recomendaría para fortalecer la garantía efectiva del derecho a la salud de los adultos mayores?

_____

_____

_____

8. ¿Qué estándares del sistema interamericano — especialmente la Convención Interamericana sobre Personas Mayores (OEA, 2015) — debería incorporar Ecuador para mejorar la protección de este derecho?

_____

_____

_____

Apéndice B Cuestionario de Encuesta

Dirigido a adultos mayores de 65 años usuarios del Ministerio de Salud Pública.

INSTRUCCIONES: Marque con X la opción que mejor describa su situación. La encuesta es anónima y confidencial.

SECCIÓN A. DATOS GENERALES

A1. Edad:	□ 65-70 □ 71-75 □ 76-80 □ Más de 80
A2. Sexo:	□ Masculino □ Femenino □ Prefiero no indicar
A3. Residencia:	□ Urbano □ Rural □ Periurbano
A4. Instrucción:	□ Sin instrucción □ Primaria □ Secundaria □ Superior

SECCIÓN B. CONOCIMIENTO DE DERECHOS

B1. ¿Sabe usted que la Constitución le garantiza el derecho a la salud?

☐ Sí, claramente

☐ Lo he escuchado pero no sé bien

☐ No lo sabía

B2. ¿Conoce que tiene derecho a atención prioritaria y gratuita en centros de salud públicos?

☐ Sí, bien

☐ Parcialmente

☐ No lo conocía

B3. ¿Sabe que puede exigir sus derechos de salud ante un juez mediante acción de protección?

☐ Sí

☐ He escuchado algo

☐ No

B4. ¿Cómo calificaría su conocimiento sobre sus derechos constitucionales de salud?

☐ Los conozco bien

☐ Parcialmente

☐ Los desconozco en su mayoría

☐ No los conozco

SECCIÓN C. ACCESO A SERVICIOS

C1. En los últimos 12 meses, ¿accedió a todos los servicios de salud que necesitó?

☐ Sí, siempre

☐ La mayoría de veces

☐ A veces sí, a veces no

☐ Casi nunca / nunca

C2. ¿Tiene dificultades para obtener medicamentos en el centro de salud público?

☐ Nunca

☐ Pocas veces

☐ Frecuentemente

☐ Siempre

C3. ¿Ha podido ser atendido/a por un médico especialista en la red pública?

☐ Sí, sin dificultad

☐ Sí, con espera mayor a 30 días

☐ Referido/a pero no atendido/a

☐ No he podido

C4. ¿Cuánto espera para obtener una cita médica?

☐ Menos de 7 días

☐ Entre 8 y 30 días

☐ Más de 30 días

☐ No pude conseguir cita

C5. ¿Ha pagado de su bolsillo por servicios que deberían ser gratuitos?

☐ Nunca

☐ Pocas veces

☐ Frecuentemente

☐ Siempre

SECCIÓN D. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

D1. ¿Cómo califica la calidad de la atención en el centro de salud público?

☐ Excelente

☐ Buena

☐ Regular

☐ Mala

☐ Muy mala

D2. ¿Ha sido tratado/a con respeto y dignidad durante la atención médica?

☐ Siempre

☐ Casi siempre

☐ A veces

☐ Rara vez

☐ Nunca

D3. ¿Alguna vez le negaron un procedimiento médico por su edad avanzada?

☐ Sí

☐ No

☐ No estoy seguro/a

SECCIÓN E. PERCEPCIÓN GENERAL

E1. ¿Considera que el Estado ecuatoriano cumple su obligación de garantizarle el derecho a la salud?

☐ Sí, plenamente

☐ Parcialmente

☐ No, hay muchas fallas

☐ No sabe / No responde

E2. ¿Ha presentado alguna queja o acción legal para exigir su derecho a la salud?

☐ Sí, ante el Ministerio de Salud Pública (MSP)

☐ Sí, ante la Defensoría del Pueblo

☐ Sí, ante un juez

☐ No, no sabía cómo hacerlo

☐ No ha sido necesario

Gracias por su colaboración

Apéndice C Ficha de Análisis Jurisprudencial

Instrumento aplicado a cada una de las cuatro sentencias constitucionales analizadas.

FICHA DE ANÁLISIS JURISPRUDENCIAL	
1. Número de sentencia:	
2. Número de caso:	
3. Fecha:	
4. Órgano emisor:	
5. Ponente:	
6. Tipo de acción:	
7. Accionante(s):	
8. Accionado(s):	
9. Hechos centrales:	
10. Derechos invocados:	
11. Normas constitucionales:	
12. Instrumentos internacionales:	
13. Problema jurídico:	
14. Argumentos de las partes:	
15. Análisis constitucional de la Corte:	
16. Decisión:	
17. Medidas de reparación integral:	
18. Estándares jurisprudenciales desarrollados:	

19. Precedentes citados:	
20. Relevancia para el derecho a la salud de los AM:	
21. Observaciones del investigador/a:	