

Capítulo 21

Exclusión sanitaria y derechos del paciente: revisión de las barreras económicas, culturales, institucionales y tecnológicas

Pedro Máximo Joaquín Ojeda Gallo, Gabriel Raymundo Cabredo Castro, Andy Williams Chamoli Falcón

Ojeda Gallo, P. M. J., Cabredo Castro, G. R., & Chamoli Falcón, A. W. (2026). Exclusión sanitaria y derechos del paciente: revisión de las barreras económicas, culturales, institucionales y tecnológicas. En A. B. Benalcázar (Coord). *Ciencias sociales y humanidades en América Latina. Investigaciones disciplinares e interdisciplinarias desde la región (Volumen I)*. (pp. 541-573). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.400.c858>



21

Exclusión sanitaria y derechos del paciente: revisión de las barreras económicas, culturales, institucionales y tecnológicas

Resumen

Los sistemas de salud en América Latina enfrentan desafíos estructurales profundos que limitan el acceso equitativo a los servicios sanitarios, afectando desproporcionadamente a poblaciones vulnerables como comunidades indígenas, migrantes, mujeres y residentes rurales, quienes ven sistemáticamente vulnerados sus derechos como pacientes pese al reconocimiento constitucional del derecho a la salud en la mayoría de los países de la región. El objetivo de este artículo fue identificar las barreras estructurales de los sistemas de salud latinoamericanos que perpetúan la exclusión de poblaciones vulnerables del ejercicio efectivo de sus derechos como pacientes. Se realizó un artículo de revisión bibliográfica mediante búsqueda sistemática en Scopus, Web of Science, SciELO y Latindex, seleccionando estudios publicados entre 2019 y 2025 en español, inglés y portugués, aplicando criterios de inclusión y exclusión rigurosos. Los resultados permitieron categorizar las barreras en cuatro dimensiones interconectadas: económico-financieras, incluyendo escasez de medicamentos y restricciones terapéuticas; culturales-lingüísticas, manifestadas en discriminación, estereotipación y ausencia de competencia intercultural; institucionales-territoriales, derivadas de la fragmentación sistémica y la concentración metropolitana de servicios; y tecnológico-digitales, evidenciadas en la exclusión de poblaciones sin infraestructura ni alfabetización digital. Se concluye que estas barreras operan de manera sinérgica, produciendo exclusiones compuestas que demandan transformaciones estructurales integrales, más allá de reformas incrementales, para garantizar el ejercicio pleno de los derechos del paciente en la región.

Palabras clave: Barreras estructurales en salud; poblaciones vulnerables; derechos del paciente; equidad en salud; sistemas de salud en América Latina.

Introducción

El acceso equitativo a los servicios de salud ha sido reconocido como un derecho humano fundamental en diversos instrumentos jurídicos internacionales y en las constituciones de numerosos países latinoamericanos. No obstante, su materialización efectiva continúa enfrentando obstáculos estructurales que afectan de manera desproporcionada a los grupos sociales más vulnerables. En América Latina, las persistentes desigualdades sociales evidencian que los esfuerzos orientados a alcanzar la cobertura universal resultan necesarios, pero insuficientes para garantizar una realización equitativa del derecho a la salud, en la medida en que la inequidad en el ejercicio de otros derechos humanos incide directamente en la posibilidad de materializar este derecho (Villar et al., 2021). En este escenario, las poblaciones indígenas se enfrentaron a una doble carga de enfermedades infecciosas y crónicas, situación que se vio agravada por factores estructurales como la pobreza, el aislamiento territorial y las dinámicas de discriminación sistémica. Estas condiciones evidenciaron la necesidad de implementar intervenciones culturalmente pertinentes, promover reformas estructurales y fortalecer la priorización política de estas problemáticas (Garza & Miguel, 2025). Asimismo, la vulneración de derechos en la atención sanitaria latinoamericana se manifestó en limitaciones de acceso a servicios adecuados, prácticas de trato desigual hacia poblaciones en condición de vulnerabilidad y la persistente escasez de recursos, lo cual puso de relieve la urgencia de impulsar reformas estructurales orientadas a garantizar la protección efectiva de los derechos humanos en el ámbito de la salud (Cuenca et al., 2024). En conjunto, estas evidencias sugirieron que las barreras estructurales no constituyen fenómenos aislados, sino configuraciones sistémicas que contribuyen a reproducir la exclusión histórica de diversos grupos sociales respecto del ejercicio pleno de sus derechos como pacientes.

La producción científica reciente aportó evidencia relevante para comprender las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud en poblaciones vulnerables de América Latina. En este sentido, Paredes et al. (2025), desarrollaron una revisión sistemática de 35 estudios

centrados en salud rural e indígena en la región latinoamericana, cuyos resultados evidenciaron que la discriminación estructural, la insuficiente adecuación cultural de los servicios sanitarios, la distancia geográfica respecto de los establecimientos de salud y las restricciones económicas constituyeron factores determinantes de la inequidad en el acceso. Asimismo, los autores señalaron que la ausencia de personal bilingüe y culturalmente competente profundizó las dificultades de comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes. Por otro lado, Velasco (2025), examinó la influencia de los determinantes sociales de la salud en la equidad del acceso sanitario en México, Colombia y Ecuador, identificando que la condición de no asegurado, los bajos niveles de ingreso, la limitada escolaridad, la residencia en zonas rurales y la pertenencia a pueblos indígenas se configuraron como predictores significativos de acceso inequitativo a los servicios de salud. Además, el estudio evidenció que barreras sistémicas, tales como los tiempos prolongados de espera, la escasez de medicamentos y la saturación de los servicios, continuaron restringiendo el acceso efectivo a la atención sanitaria. De manera complementaria, Samuel et al. (2020), analizaron los desafíos que enfrentaron las poblaciones socialmente excluidas —particularmente los pueblos indígenas— para acceder a la cobertura universal de salud en Guatemala y Perú. Sus hallazgos indicaron que los procesos de exclusión social generaron efectos adversos sobre el funcionamiento de los sistemas sanitarios y debilitaron los avances hacia la cobertura universal, debido a que las poblaciones marginadas fueron atendidas principalmente por sistemas públicos caracterizados por deficiencias estructurales, brechas institucionales y barreras frecuentemente invisibilizadas. En conjunto, estos estudios coincidieron en señalar que las barreras estructurales operaron de manera multidimensional, afectando simultáneamente el acceso, la calidad y la continuidad de la atención sanitaria en los grupos poblacionales más vulnerables.

A pesar de los avances en la identificación de barreras individuales y contextuales, la literatura científica continuó evidenciando vacíos analíticos que justificaron la necesidad de desarrollar una revisión bibliográfica integradora. En primer lugar, Dávila et al. (2025),

identificaron que las barreras estructurales de naturaleza económica, regulatoria e institucional limitaron el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes en situación de vulnerabilidad en América Latina. Dichas restricciones se vieron intensificadas por el estigma social y por la persistencia de narrativas negativas en torno a estos derechos, lo que llevó a los autores a destacar la necesidad de implementar estrategias sostenibles que abordaran las desigualdades estructurales desde una perspectiva interseccional, capaz de explicar la interacción de múltiples formas de exclusión. En segundo lugar, Alonso et al. (2024), señalaron que diversas poblaciones vulnerables —entre ellas comunidades indígenas, afrodescendientes, personas LGBTQI+, personas con discapacidad y migrantes— enfrentaron prácticas de discriminación y estigmatización que incidieron negativamente en su acceso a la atención sanitaria y en el ejercicio de sus derechos en salud. Sus hallazgos también evidenciaron una brecha significativa entre los marcos normativos vigentes y las condiciones reales de acceso a los servicios de salud, así como la ausencia de políticas públicas sustentadas en evidencia empírica. En tercer lugar, Jeyachandran et al. (2025), demostraron la existencia de múltiples barreras asociadas al nivel de provisión de servicios, relacionadas con la disponibilidad, asequibilidad y adecuación de la atención sanitaria, las cuales se encontraban vinculadas con limitaciones en la capacidad operativa de los sistemas de salud. Estas desigualdades afectaron con mayor intensidad a las poblaciones residentes en zonas rurales y a aquellas que no contaban con recursos suficientes para acceder a servicios privados, lo que reforzó la necesidad de implementar intervenciones culturalmente adaptadas. En conjunto, estos vacíos evidenciaron la ausencia de una síntesis comprensiva que integrara las dimensiones económicas, institucionales, culturales y normativas de las barreras estructurales, así como su impacto diferenciado sobre los derechos de poblaciones indígenas, migrantes y mujeres en el contexto latinoamericano.

A partir de los vacíos identificados en la literatura, el presente artículo de revisión bibliográfica tuvo como propósito identificar las barreras estructurales presentes en los sistemas de salud latinoameri-

canos que contribuyen a perpetuar la exclusión de poblaciones vulnerables respecto del ejercicio efectivo de sus derechos como pacientes.

Metodología

La presente revisión bibliográfica se desarrolló a partir de un procedimiento sistemático de búsqueda, identificación y selección de literatura científica orientado a responder al objetivo de identificar las barreras estructurales presentes en los sistemas de salud latinoamericanos que contribuyen a perpetuar la exclusión de poblaciones vulnerables respecto del ejercicio efectivo de sus derechos como pacientes. La estrategia de búsqueda se ejecutó en cuatro bases de datos reconocidas por su relevancia académica y rigor editorial: Scopus, Web of Science (WoS), SciELO y Latindex. Para la identificación de los estudios se emplearon descriptores relacionados con la temática de investigación, entre los que se incluyeron “barreras estructurales”, “sistemas de salud”, “América Latina”, “poblaciones vulnerables”, “derechos del paciente”, “exclusión en salud”, “acceso a servicios de salud”, “discriminación en salud” y “equidad en salud”. Dichos términos se combinaron mediante operadores booleanos (AND, OR, NOT) con el propósito de construir ecuaciones de búsqueda adaptadas a las particularidades de indexación y sintaxis de cada base de datos. El proceso de selección se organizó en tres etapas sucesivas. En la primera fase se efectuó una revisión preliminar de títulos y resúmenes con el fin de identificar los estudios potencialmente pertinentes. Posteriormente, en una segunda fase, se realizó la lectura completa de los textos preseleccionados para verificar su correspondencia con los objetivos y criterios temáticos del estudio. Finalmente, en una tercera etapa se llevó a cabo una evaluación crítica de la calidad metodológica de los trabajos seleccionados, con el propósito de garantizar la pertinencia y solidez del corpus documental utilizado en el análisis.

Con el fin de optimizar la recuperación de información relevante, se diseñaron ecuaciones de búsqueda específicas para cada base de datos, considerando sus respectivos campos de indexación y operadores disponibles.

Scopus: ((“structural barriers” OR “barriers to access” OR “health system barriers” OR “barreras estructurales” OR “barreras de acceso”) AND (“health systems” OR “healthcare systems” OR “sistemas de salud”) AND (“Latin America” OR “South America” OR “América Latina” OR “Latinoamérica”) AND (“vulnerable populations” OR “indigenous” OR “migrants” OR “women” OR “poblaciones vulnerables”) AND (“patient rights” OR “right to health” OR “health equity” OR “exclusion” OR “derechos del paciente” OR “derecho a la salud” OR “equidad en salud”)) AND NOT (“oral health” OR “dental”)

Web of Science (WoS): ((“structural barriers” OR “barriers to access” OR “health system barriers” OR “barreras estructurales”) AND (“health systems” OR “healthcare systems” OR “sistemas de salud”) AND (“Latin America” OR “South America” OR “América Latina” OR “Caribbean”) AND (“vulnerable populations” OR “indigenous” OR “migrants” OR “women” OR “poblaciones vulnerables”) AND (“patient rights” OR “right to health” OR “health equity” OR “social exclusion” OR “derechos del paciente” OR “equidad en salud”)) NOT TS=(“oral health” OR “dental caries”)

SciELO: ((“barreras estructurales” OR “barreras de acceso” OR “structural barriers”) AND (“sistemas de salud” OR “health systems”) AND (“América Latina” OR “Latin America”) AND (“poblaciones vulnerables” OR “indígenas” OR “migrantes” OR “mujeres”) AND (“derechos del paciente” OR “derecho a la salud” OR “equidad en salud” OR “exclusión”))

Latindex: (“barreras estructurales” OR “barreras de acceso” OR “exclusión en salud”) AND (“sistemas de salud” OR “servicios de salud”) AND (“América Latina” OR “Latinoamérica”) AND (“poblaciones vulnerables” OR “derechos del paciente” OR “equidad en salud” OR “discriminación”)

Filtros aplicados: período 2019–2025 y tipo de documento “artículos científicos publicados en revistas vigentes”.

Con el propósito de asegurar la rigurosidad metodológica y la pertinencia temática del corpus documental, se establecieron criterios explícitos de inclusión y exclusión para la selección de los estudios.

En cuanto a los criterios de inclusión, se consideraron artículos originales de investigación, revisiones sistemáticas, revisiones narrativas o de alcance, así como estudios de enfoque cualitativo, cuantitativo o mixto publicados en revistas científicas con sistema de revisión por pares. En relación con la temporalidad, se incluyeron investigaciones publicadas entre enero de 2019 y mayo de 2025, con el objetivo de incorporar evidencia reciente, incluyendo la producida en el contexto de la pandemia de COVID-19 y sus efectos en el acceso a los servicios de salud. En términos de idioma, se admitieron publicaciones en español, inglés y portugués, considerando la diversidad lingüística de la producción científica latinoamericana.

Respecto a la relevancia temática, los estudios debían abordar explícitamente al menos una de las siguientes dimensiones: barreras estructurales —económicas, institucionales, geográficas, normativas o culturales— presentes en los sistemas de salud de países latinoamericanos; procesos de exclusión o discriminación que afectan a poblaciones vulnerables —como pueblos indígenas, migrantes, mujeres, personas con discapacidad, comunidades rurales o personas LGBT+— en el acceso a servicios de salud; análisis del derecho a la salud o de los derechos del paciente en el contexto regional; o brechas existentes entre los marcos normativos y su implementación efectiva en materia de equidad sanitaria. Asimismo, los estudios debían referirse a uno o más países de América Latina y el Caribe, o presentar análisis comparativos que incluyeran países de la región. Finalmente, se priorizaron investigaciones publicadas en revistas indexadas en Scopus, Web of Science, SciELO o Latindex Catálogo 2.0, que describieran con claridad su metodología y presentaran resultados sustentados en evidencia empírica o documental.

En lo que respecta a los criterios de exclusión, se descartaron estudios centrados exclusivamente en aspectos clínicos, farmacológicos o biomédicos que no establecieran relación con las barreras estructurales de acceso o con los derechos del paciente. También se excluyeron editoriales, cartas al editor, resúmenes de congresos, informes técnicos no sometidos a revisión por pares y literatura gris sin respaldo institucio-

nal verificable. De igual modo, se eliminaron investigaciones realizadas en contextos geográficos ajenos a América Latina y el Caribe que no incluyeran comparaciones con la región. Asimismo, se excluyeron estudios que presentaran deficiencias metodológicas relevantes, tales como ausencia de descripción del método, falta de justificación de la muestra o conclusiones no respaldadas por los datos reportados.

En los casos en que se identificaron publicaciones duplicadas en diferentes bases de datos, se conservó únicamente la versión más completa o aquella publicada en la revista con mayor impacto académico. Finalmente, se descartaron investigaciones enfocadas exclusivamente en salud bucal, odontología o patologías específicas que no guardaran relación directa con las barreras estructurales del sistema de salud ni con el análisis de los derechos del paciente.

La aplicación rigurosa de estos criterios permitió consolidar un corpus documental consistente y pertinente para el análisis, asegurando que los estudios seleccionados aportaran evidencia relevante para comprender las barreras estructurales que limitan el ejercicio efectivo de los derechos del paciente en poblaciones vulnerables de América Latina.

Resultados

Pregunta de investigación 1:

¿Cuáles son las barreras económicas y financieras que impiden el acceso equitativo a los servicios de salud en poblaciones vulnerables de América Latina?

Barreras económicas y financiamiento inequitativo en salud

La evidencia revisada indicó que las restricciones económicas constituyeron uno de los factores estructurales más relevantes en la generación de exclusión sanitaria en América Latina, afectando con

mayor intensidad a los sectores de menores ingresos, a las poblaciones rurales y a las comunidades indígenas. En este sentido, Villanueva et al. (2022), analizaron el impacto de la pandemia de COVID-19 en la atención oncológica pediátrica mediante un estudio multicéntrico basado en encuestas aplicadas a centros especializados de diversos países latinoamericanos. Los resultados evidenciaron que la emergencia sanitaria expuso importantes debilidades en los sistemas de salud de la región, reflejadas en la limitada disponibilidad de equipos de protección personal, la insuficiencia de personal en unidades de cuidados intensivos y la escasez de ventiladores. Estas deficiencias afectaron particularmente a los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad. Asimismo, el estudio identificó una marcada escasez de medicamentos esenciales para el tratamiento del cáncer pediátrico, problema que se intensificó durante la pandemia y que puso de manifiesto la fragilidad financiera de los sistemas sanitarios latinoamericanos. No obstante, los autores señalaron como limitación la ausencia de un análisis detallado sobre las estrategias de sostenibilidad financiera a largo plazo y sobre las diferencias derivadas de los distintos tipos de cobertura sanitaria.

De manera complementaria, Ballén et al. (2023), llevaron a cabo un análisis retrospectivo de pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico atendidos en un centro oncológico público de referencia en Colombia, que presta servicios a pacientes pertenecientes principalmente a estratos socioeconómicos bajos y medios. El estudio evaluó los resultados de supervivencia entre 2013 y 2018 y evidenció que, pese a los avances en medicina de precisión, la quimioterapia citotóxica continuó siendo el tratamiento predominante, utilizado en el 50,2 % de los casos. En contraste, únicamente el 14,8 % de los pacientes accedió a terapias dirigidas contra EGFR y apenas el 1,9 % recibió quimioinmunoterapia, mientras que el 31,6 % recibió exclusivamente cuidados de soporte. Los autores destacaron que el acceso limitado a diagnósticos moleculares adecuados constituye una problemática ampliamente reconocida en la región, donde aproximadamente el 74 % de los oncólogos reporta que menos de la mitad de los pacientes con este tipo de cáncer accede a pruebas moleculares en sus respectivos países. Estos hallazgos evidenciaron que

las limitaciones financieras y tecnológicas se traducen directamente en inequidades terapéuticas; sin embargo, el estudio no incorporó comparaciones entre los sistemas de salud públicos y privados de la región.

Pregunta de investigación 2:

¿De qué manera las barreras culturales y lingüísticas afectan la relación médico-paciente y el ejercicio de derechos en comunidades indígenas y migrantes?

Barreras culturales, lingüísticas y competencia intercultural en la atención sanitaria

La literatura revisada indicó que la insuficiente adecuación cultural de los servicios de salud y las barreras lingüísticas constituyeron obstáculos relevantes para el establecimiento de una comunicación efectiva entre profesionales sanitarios y pacientes pertenecientes a comunidades indígenas y migrantes. Estas limitaciones repercutieron en el ejercicio de derechos fundamentales, como el consentimiento informado y la autonomía del paciente. En este marco, Obach et al. (2024), desarrollaron un estudio cualitativo en la región de Tarapacá, Chile, basado en entrevistas semiestructuradas realizadas a 25 jóvenes migrantes procedentes de Venezuela, Colombia y Ecuador, así como a diez trabajadores del sistema de salud. Los resultados evidenciaron que los jóvenes migrantes experimentaron diversas barreras asociadas a limitaciones estructurales del sistema sanitario, las cuales se vieron agravadas por enfoques reduccionistas de la salud sexual y reproductiva con predominio de perspectivas heteronormativas. Asimismo, se identificó que ciertos grupos migrantes, especialmente aquellos provenientes del Caribe, fueron frecuentemente objeto de estereotipos relacionados con supuestas conductas hipersexualizadas, lo que se tradujo en experiencias de discriminación y trato inadecuado durante la atención médica. Los autores concluyeron que la atención sanitaria dirigida

a jóvenes migrantes presenta importantes limitaciones en el abordaje de la salud sexual y reproductiva, lo que restringe el ejercicio de sus derechos en esta materia. Sin embargo, el estudio reconoció como limitación su focalización en una única región del país.

En relación con las comunidades indígenas, Carlo et al. (2025), realizaron un estudio cualitativo de caso en Ecuador mediante la organización de ocho grupos focales con 43 mujeres embarazadas que habían experimentado complicaciones gestacionales, además de 33 entrevistas semiestructuradas con profesionales de la salud pertenecientes a hospitales públicos y privados en tres ciudades del país. Los resultados identificaron diversas restricciones materiales, organizativas y técnicas que afectaron negativamente el acceso a los servicios de atención prenatal en contextos de complicaciones obstétricas. Asimismo, se observaron efectos no previstos derivados de la fragmentación del sistema sanitario, tales como duplicación de registros, sobrecarga administrativa asociada al manejo de datos, historias clínicas incompletas y retrasos diagnósticos. Los hallazgos destacaron la necesidad de fortalecer los mecanismos de apoyo emocional tanto para las pacientes como para los profesionales de la salud que enfrentan situaciones clínicas complejas. No obstante, el estudio no profundizó en el análisis comparativo entre mujeres indígenas residentes en zonas rurales y aquellas ubicadas en contextos urbanos dentro del mismo sistema sanitario.

Pregunta de investigación 3:

¿Qué papel desempeña la fragmentación de los sistemas de salud en la perpetuación de desigualdades territoriales en el acceso a servicios para poblaciones vulnerables?

Fragmentación sistémica y desigualdades territoriales en salud

La literatura revisada evidenció que la fragmentación institucional de los sistemas de salud latinoamericanos —caracterizada por la

coexistencia de subsistemas públicos, privados y de seguridad social con limitada coordinación entre ellos— contribuye a reproducir desigualdades territoriales en el acceso a los servicios sanitarios. Mulla-chery et al. (2021), realizaron un estudio transversal multinivel basado en registros de defunción correspondientes a 363 ciudades con más de 100.000 habitantes en nueve países de América Latina durante el período 2010-2016. A partir del cálculo de tasas de mortalidad evitable ajustadas por edad y sexo, los resultados mostraron que las ciudades de México, Colombia y Brasil registraron los niveles más elevados de mortalidad evitable. Asimismo, se estimó que más del 70 % de la variabilidad observada en este indicador se explicó por diferencias entre países. En contraste, en el caso de la mortalidad evitable de carácter preventivo —aquella que puede reducirse mediante intervenciones oportunas del sistema sanitario—, la mayor parte de la variabilidad se observó entre ciudades dentro de un mismo país. Los autores identificaron que factores como el tamaño poblacional y la fragmentación del desarrollo urbano se asociaron significativamente con los niveles de mortalidad evitable. En particular, se observó que mayores niveles de fragmentación urbana se vincularon con menores tasas de mortalidad en ciudades pequeñas, mientras que en ciudades de mayor tamaño se registró el efecto contrario. Estos resultados sugieren que la configuración territorial y organizativa de los sistemas de salud influye de manera significativa en los resultados sanitarios, aunque el estudio no incorporó variables específicas relacionadas con poblaciones indígenas o migrantes.

De forma complementaria, Pergolizzi et al. (2024), desarrollaron una revisión narrativa que identificó diez ejes temáticos relacionados con los principales desafíos y oportunidades para el desarrollo de los cuidados paliativos en América Latina. Los resultados indicaron que aproximadamente solo el 7 % de las personas que requieren cuidados paliativos en la región logra acceder a estos servicios, los cuales se encuentran mayoritariamente concentrados en grandes centros urbanos y orientados principalmente a pacientes oncológicos. Los autores señalaron que la integración de los cuidados paliativos dentro de los sistemas sanitarios existentes y en los esquemas de financiamiento

constituye un desafío persistente. Asimismo, destacaron que la concentración de estos servicios en áreas metropolitanas genera importantes dificultades de acceso para las poblaciones residentes en zonas rurales y periféricas. Entre los vacíos identificados se señaló la escasez de investigaciones que examinen el papel de los cuidadores familiares y el potencial de la telesalud como estrategias para ampliar la cobertura de cuidados paliativos en contextos territoriales alejados.

Pregunta de investigación 4:

¿Cómo inciden las brechas en la infraestructura tecnológica y la alfabetización digital en la exclusión de poblaciones vulnerables del ejercicio de sus derechos como pacientes?

Brecha digital, telesalud y exclusión tecnológica en poblaciones vulnerables

La progresiva digitalización de los servicios de salud, intensificada durante la pandemia de COVID-19, introdujo nuevas formas de exclusión vinculadas con la limitada disponibilidad de infraestructura tecnológica y con los bajos niveles de alfabetización digital presentes en sectores vulnerables de la población. En este sentido, Nieblas et al. (2022), analizaron el desarrollo de aplicaciones de telemedicina utilizadas para apoyar la atención sanitaria en América Latina durante la pandemia mediante una revisión sistemática basada en la metodología PRISMA, complementada con técnicas de minería de texto para examinar la frecuencia e intensidad de los términos empleados en los estudios analizados. Los resultados indicaron que, aunque la telemedicina no había alcanzado una adopción generalizada en la región, una proporción considerable de los estudios revisados reportó efectos positivos en su implementación. Sin embargo, también se identificó que la infraestructura tecnológica existente en numerosos países latinoamericanos resultó insuficiente para sostener una expansión amplia de estos

servicios, lo que evidenció limitaciones estructurales en la provisión de atención sanitaria digital. Entre los vacíos identificados destacó la falta de análisis diferenciados sobre el impacto de la exclusión digital en poblaciones indígenas, rurales y de bajos ingresos durante la implementación de la telemedicina.

Por otra parte, Ruelas-Villavicencio et al. (2025), desarrollaron un estudio transversal en dos fases con pacientes dermatológicos ambulatorios con el propósito de analizar la relación entre la alfabetización digital en salud y las actitudes de los pacientes frente a los aspectos éticos asociados con la salud digital, además de validar un instrumento diseñado para evaluar dichas actitudes. Los resultados evidenciaron una asociación lineal positiva entre la alfabetización digital en salud y las actitudes bioéticas hacia el uso de tecnologías digitales en el ámbito sanitario ($\beta = 0,465$; $p < 0,001$), especialmente en la dimensión de confianza ($\beta = 0,526$; $p < 0,001$), aunque no se observaron asociaciones significativas en la dimensión relacionada con la privacidad. Los autores señalaron que gran parte de la investigación sobre alfabetización digital en salud se ha concentrado en regiones como América del Norte, Europa y China, lo que genera una brecha de conocimiento respecto de América Latina. Asimismo, indicaron que la subrepresentación de determinados grupos demográficos en los estudios sobre salud digital limita la comprensión integral de los factores que influyen en el acceso tecnológico en contextos latinoamericanos. Finalmente, reconocieron que los resultados podrían estar condicionados por factores económicos, sociales y culturales propios de la región, los cuales influyen significativamente en la configuración de las competencias digitales y en las percepciones éticas relacionadas con el uso de tecnologías en salud.

Discusión de resultados

La presente revisión bibliográfica tuvo como propósito identificar las barreras estructurales de los sistemas de salud latinoamericanos que contribuyeron a perpetuar la exclusión de poblaciones vulnerables respecto del ejercicio efectivo de sus derechos como pacientes. Los resultados evidenciaron un entramado multidimensional de obs-

táculos —económicos, culturales, institucionales y tecnológicos— que se articularon de forma interdependiente, configurando procesos de exclusión sistemática. A partir de ello, los hallazgos fueron discutidos en relación con la literatura disponible, se reconocieron limitaciones metodológicas del estudio y se plantearon orientaciones para la agenda de investigación futura.

En relación con las barreras económicas y financieras, los resultados confirmaron que las restricciones económicas constituyeron un determinante estructural decisivo de la exclusión sanitaria en América Latina, en convergencia con la evidencia reportada por investigaciones previas. La escasez de medicamentos esenciales y las limitaciones financieras identificadas en el ámbito oncológico por Villanueva et al. (2022) y Ballén et al. (2023), resultaron consistentes con los hallazgos de Guerrero-Naranjo et al. (2024), quienes señalaron que las dificultades de acceso a medicamentos y terapias avanzadas, junto con la insuficiente atención del dolor y las desigualdades económicas, restringieron el acceso a servicios de salud para pacientes oncológicos en Ecuador. Esta coincidencia sugirió que las restricciones presupuestales y los costos asociados a la atención no operaron como eventos aislados, sino como patrones sistémicos transversales a enfermedades y contextos nacionales.

De manera complementaria, Abramo et al. (2020), describieron que, tras un periodo prolongado de avances sociales, desde 2015 se registraron incrementos de pobreza, deterioro del mercado laboral y estancamiento en la reducción de la desigualdad del ingreso, tendencias que afectaron negativamente los indicadores de salud y ampliaron brechas sanitarias. En ese marco, dichos autores atribuyeron a la protección social un rol central para garantizar el derecho a la salud mediante la expansión de cobertura, la promoción y prevención, y la reducción de pobreza y exclusión. Sin embargo, los resultados revisados mostraron que, aun en países con esquemas de aseguramiento público, persistieron costos indirectos y gastos de bolsillo —como transporte, esperas prolongadas y pagos asociados a la continuidad terapéutica— que impactaron de forma desproporcionada a los grupos más vulnerables,

lo que matizó el alcance práctico de la protección social cuando no se acompañó de medidas redistributivas y de fortalecimiento operativo del sistema.

Respecto de las barreras culturales y lingüísticas, los hallazgos mostraron una correspondencia significativa con la literatura previa al evidenciar que la discriminación, la estigmatización y la falta de competencias interculturales deterioraron la relación médico-paciente e incidieron en el ejercicio de derechos, especialmente en comunidades indígenas y migrantes. Las experiencias de trato discriminatorio reportadas por Obach et al. (2024), se alinearon con lo señalado por Blukacz et al. (2023), quienes analizaron la experiencia de migrantes internacionales en Chile durante la pandemia e identificaron que las barreras de acceso se vincularon con la situación migratoria, las brechas de información, la discriminación, la insuficiente competencia intercultural y las limitaciones del propio sistema de salud. Bajo esa perspectiva, el acceso a la atención sanitaria se vinculó estrechamente con condiciones de vulnerabilidad social y con procesos de vulneración de derechos.

En paralelo, los desafíos sociotécnicos observados por Carlo et al. (2025), en Ecuador guardaron relación con los hallazgos de Bedoya et al. (2020), quienes evidenciaron, mediante un enfoque etnográfico crítico, desigualdades asociadas a la clase social en el acceso de mujeres embarazadas a servicios de salud, expresadas en diferencias para acceder a especialistas, disponibilidad de citas, condiciones de espera y capacidad de elección del establecimiento. No obstante, una diferencia analítica emergió al contrastar estos hallazgos con el estudio de Seca (2024), quien sostuvo que la integración intercultural entre sistemas de salud tradicionales y servicios convencionales podría reducir desigualdades y fortalecer un acceso más justo y sostenible para comunidades indígenas. Este enfoque integrador no se observó con suficiente desarrollo en los estudios incluidos, lo que sugirió que la articulación entre pluralismo médico, interculturalidad y garantía efectiva de derechos permaneció como un campo aun insuficientemente consolidado en la evidencia disponible.

En cuanto a la fragmentación sistémica y las desigualdades territoriales, los resultados se alinearon con la literatura existente al mostrar que la segmentación institucional de los sistemas de salud amplificó brechas territoriales de acceso y resultados sanitarios. Las variaciones de mortalidad evitable reportadas por Mullachery et al. (2021), mostraron coherencia con el análisis de Arteaga y Fuentes (2021), quienes destacaron que la respuesta al COVID-19 en sistemas latinoamericanos caracterizados por segmentación, fragmentación e inequidades evidenció la necesidad de fortalecer sistemas integrados y coordinados. En el mismo sentido, la concentración metropolitana de servicios paliativos descrita por Pergolizzi et al. (2024), resultó consistente con lo señalado por Campos-Montejo y Acosta-Toraya (2024), quienes indicaron que, en México, la desigualdad, la pobreza y la burocracia se relacionaron con una política pública ineficiente, aunque el Poder Judicial operó como vía de justiciabilidad para la protección directa de derechos humanos vinculados con el derecho a la salud.

Esta convergencia sugirió que, ante déficits persistentes de política pública, la judicialización se configuró como mecanismo alternativo de garantía de derechos, fenómeno que requirió mayor atención empírica y comparativa en la región. A su vez, Pérez y Perner (2023), aportaron evidencia de estratificación social del acceso a la salud incluso en escenarios prepandémicos, al mostrar que las personas con menor nivel educativo enfrentaron mayores tiempos para resolver problemas de salud y esperas más prolongadas, lo que reforzó la idea de que las desigualdades sanitarias se insertaron en desigualdades sociales preexistentes.

En relación con la brecha digital y la exclusión tecnológica, los hallazgos mostraron coincidencias y tensiones con la literatura previa. La evidencia sintetizada a partir de Nieblas et al. (2022), sobre una adopción acotada de telemedicina y sobre limitaciones estructurales de infraestructura tecnológica resultó compatible con lo planteado por Aizenberg (2024), quien sostuvo que la transformación digital del sector salud se implementó, en diversos casos, sin un desarrollo normativo suficiente capaz de orientar, acelerar o corregir su despliegue, propo-

niéndose un enfoque de salud digital basado en derechos. Del mismo modo, los resultados vinculados con alfabetización digital y actitudes hacia dimensiones bioéticas, derivados de Ruelas-Villavicencio et al. (2025), guardaron relación con lo reportado por Krause et al. (2023), quienes observaron que la historia clínica electrónica en Argentina reconfiguró la relación médico-paciente y produjo implicancias sobre derechos y subjetividades en un contexto de infraestructura precaria y desigualdades estructurales.

Sin embargo, se advirtió una diferencia analítica relevante respecto de Molina (2024), quien examinó el acceso a servicios digitales en América Latina desde el prisma del servicio público y los derechos fundamentales, argumentando que el acceso a Internet debe concebirse como condición para garantizar la efectividad de derechos en sociedades digitalizadas. Esta aproximación jurídica del acceso digital como derecho fundamental no fue abordada con suficiente profundidad en los estudios predominantemente clínicos revisados, lo que evidenció una brecha entre el plano normativo y la operacionalización sanitaria de la digitalización.

La revisión presentó limitaciones que condicionaron el alcance interpretativo de los hallazgos. La delimitación temporal al periodo 2019–2025, aunque permitió privilegiar evidencia reciente y asociada a la pandemia, pudo excluir investigaciones previas con aportes teóricos estructurales sobre la historicidad de las inequidades sanitarias en la región. Adicionalmente, la heterogeneidad entre países latinoamericanos en términos de organización, financiamiento y marcos normativos restringió la posibilidad de generalizar los resultados a toda la región con el mismo grado de consistencia. También se reconoció el potencial sesgo de publicación, dado que los estudios con resultados significativos tendieron a estar sobrerrepresentados, mientras que experiencias exitosas de reducción de barreras podrían haberse publicado con menor frecuencia.

A ello se sumó una posible limitación idiomática, pese a la inclusión de literatura en español, inglés y portugués, ya que investigaciones

relevantes en lenguas indígenas o en fuentes no indexadas pudieron quedar fuera del corpus. Asimismo, la ausencia de una evaluación formal de calidad metodológica mediante instrumentos estandarizados —como AMSTAR-2 o Newcastle-Ottawa— limitó la ponderación diferenciada de la evidencia y la fuerza comparativa de las conclusiones. Finalmente, la focalización en cuatro dimensiones de barreras pudo haber invisibilizado otras determinantes relevantes, como barreras políticas, corrupción institucional o efectos de conflictos armados internos.

A partir de los resultados y limitaciones, se identificaron direcciones para futuras investigaciones. Se requirieron estudios empíricos con enfoque interseccional que explicaran cómo la etnia, el género, la condición migratoria, la discapacidad y el nivel socioeconómico interactuaron para producir exclusiones compuestas, superando lecturas unidimensionales. También se estimó necesaria la realización de investigaciones comparativas multinacionales con metodologías estandarizadas, capaces de identificar patrones regionales y diferencias nacionales que orienten intervenciones contextualizadas. De igual forma, se consideró pertinente impulsar estudios longitudinales que permitan evaluar el impacto de reformas sanitarias sobre la reducción real de barreras de acceso, dado el predominio de diseños transversales en la evidencia disponible.

Asimismo, la brecha entre los marcos normativos y su implementación efectiva requirió abordajes metodológicos mixtos que integren análisis jurídico-documental y experiencia vivida de los pacientes, en coherencia con lo señalado por Cuenca et al. (2024), respecto de la urgencia de reformas estructurales para garantizar la protección efectiva de derechos humanos en salud. Además, resultó relevante promover investigaciones orientadas a identificar y evaluar intervenciones exitosas —como modelos interculturales, programas de navegación de pacientes y estrategias de telesalud culturalmente adaptadas— con el fin de producir evidencia transferible y replicable en distintos contextos. Finalmente, la incorporación sistemática de las poblaciones vulnerables en calidad de coinvestigadoras, mediante metodologías participa-

tivas, permitió fortalecer la validez ecológica de los hallazgos y favorecer procesos de empoderamiento comunitario en la producción de conocimiento.

Conclusiones

La presente revisión bibliográfica permitió identificar un conjunto complejo y multidimensional de barreras estructurales que actuaron de forma interrelacionada en los sistemas de salud latinoamericanos, contribuyendo a la persistencia de procesos de exclusión que limitaron el ejercicio efectivo de los derechos de las poblaciones vulnerables en su condición de pacientes. Los resultados evidenciaron que las barreras de carácter económico y financiero —entre ellas la escasez de medicamentos esenciales, las limitaciones para acceder a tratamientos avanzados y los costos directos e indirectos asociados a la atención— constituyeron factores determinantes de inequidad sanitaria que afectaron con mayor intensidad a los grupos sociales con menores recursos económicos.

Asimismo, se observó que las barreras culturales y lingüísticas incidieron negativamente en la calidad de la relación médico-paciente, particularmente en contextos que involucran a comunidades indígenas y migrantes, donde la falta de personal bilingüe, la limitada competencia intercultural del personal sanitario y la presencia de prácticas discriminatorias o estereotipadas generaron dinámicas de desconfianza y una menor utilización de los servicios formales de salud.

De igual manera, la fragmentación institucional de los sistemas sanitarios —expresada en la coexistencia poco articulada de subsistemas públicos, privados y de seguridad social— contribuyó a la generación de desigualdades territoriales que concentraron los servicios especializados en áreas urbanas y metropolitanas, mientras que las poblaciones rurales y periféricas enfrentaron mayores dificultades para acceder a una atención oportuna y de calidad. Finalmente, la brecha digital emergió como una dimensión contemporánea de exclusión, en la medida en que la expansión de la telemedicina y de las herramientas digitales de atención sanitaria no se tradujo necesariamente en una democratización del acceso, sino que en muchos casos profundizó des-

igualdades preexistentes al excluir a quienes carecen de infraestructura tecnológica adecuada o de competencias digitales suficientes.

En correspondencia con el objetivo de identificar las barreras estructurales presentes en los sistemas de salud latinoamericanos que perpetúan la exclusión de poblaciones vulnerables respecto del ejercicio efectivo de sus derechos como pacientes, esta revisión bibliográfica permitió sistematizar dichas barreras en cuatro dimensiones analíticas principales: económica-financiera, cultural-lingüística, institucional-territorial y tecnológica-digital. El análisis integrado de la evidencia mostró que estas dimensiones no operaron de manera aislada, sino que interactuaron y se reforzaron mutuamente, configurando procesos de exclusión compuesta que afectaron de forma diferenciada a poblaciones indígenas, migrantes, mujeres y comunidades rurales. Asimismo, se constató que, a pesar del reconocimiento constitucional del derecho a la salud en la mayoría de los países de la región, persistió una brecha significativa entre los marcos normativos formales y su implementación efectiva en la práctica sanitaria.

Este hallazgo sugiere que las estrategias orientadas a alcanzar la cobertura universal de salud, aunque necesarias, resultaron insuficientes cuando no se acompañaron de transformaciones estructurales capaces de abordar las causas profundas de la exclusión. En este contexto, los derechos del paciente, entre ellos el consentimiento informado, la autonomía, la no discriminación y el acceso equitativo a los servicios continuaron siendo vulnerados por configuraciones institucionales que reprodujeron desigualdades históricas y que demandan procesos de reforma más amplios que trasciendan intervenciones meramente incrementales.

En relación con las consideraciones finales y las orientaciones para futuras investigaciones, es pertinente reconocer que la presente revisión bibliográfica presenta determinadas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus resultados. Entre ellas se encuentran la heterogeneidad de los contextos nacionales analizados, el posible sesgo de publicación asociado a la disponibilidad de literatura indexada y la

ausencia de una evaluación formal de la calidad metodológica de los estudios mediante instrumentos estandarizados.

No obstante, los hallazgos obtenidos ofrecen una base analítica relevante para orientar nuevas agendas de investigación en el campo de la salud pública y los derechos del paciente en América Latina. En particular, resulta necesario promover estudios empíricos con enfoque interseccional que permitan comprender cómo múltiples dimensiones de desigualdad tales como la etnia, el género, el estatus migratorio, la discapacidad y la condición socioeconómica interactúan para producir exclusiones complejas en el acceso a los servicios de salud.

Asimismo, se requieren investigaciones comparativas multinacionales que utilicen metodologías estandarizadas para identificar patrones regionales y diferencias contextuales, así como estudios longitudinales que evalúen el impacto de las reformas sanitarias implementadas en la región sobre la reducción efectiva de las barreras de acceso. De manera adicional, se considera fundamental impulsar investigaciones que incorporen activamente la participación de las poblaciones vulnerables en los procesos de producción de conocimiento, no solo como sujetos de estudio sino también como coinvestigadores, mediante el empleo de metodologías participativas que contribuyan a fortalecer la validez ecológica de los hallazgos.

En última instancia, la superación de las barreras estructurales identificadas requiere no solo ajustes técnicos en el funcionamiento de los sistemas de salud, sino también transformaciones profundas en las relaciones de poder que sostienen los procesos de exclusión, lo que implica avanzar hacia la democratización de las instituciones sanitarias, el fortalecimiento de los mecanismos de rendición de cuentas y la consolidación de sistemas de protección social universales que garanticen el ejercicio pleno de los derechos del paciente para todas las personas, con independencia de su origen étnico, su estatus migratorio, su género o su lugar de residencia. La presente revisión bibliográfica permitió identificar un conjunto complejo y multidimensional de barreras estructurales que actuaron de forma interrelacionada en los sistemas de

salud latinoamericanos, contribuyendo a la persistencia de procesos de exclusión que limitaron el ejercicio efectivo de los derechos de las poblaciones vulnerables en su condición de pacientes. Los resultados evidenciaron que las barreras de carácter económico y financiero — entre ellas la escasez de medicamentos esenciales, las limitaciones para acceder a tratamientos avanzados y los costos directos e indirectos asociados a la atención— constituyeron factores determinantes de inequidad sanitaria que afectaron con mayor intensidad a los grupos sociales con menores recursos económicos.

Asimismo, se observó que las barreras culturales y lingüísticas incidieron negativamente en la calidad de la relación médico-paciente, particularmente en contextos que involucran a comunidades indígenas y migrantes, donde la falta de personal bilingüe, la limitada competencia intercultural del personal sanitario y la presencia de prácticas discriminatorias o estereotipadas generaron dinámicas de desconfianza y una menor utilización de los servicios formales de salud.

De igual manera, la fragmentación institucional de los sistemas sanitarios —expresada en la coexistencia poco articulada de subsistemas públicos, privados y de seguridad social— contribuyó a la generación de desigualdades territoriales que concentraron los servicios especializados en áreas urbanas y metropolitanas, mientras que las poblaciones rurales y periféricas enfrentaron mayores dificultades para acceder a una atención oportuna y de calidad. Finalmente, la brecha digital emergió como una dimensión contemporánea de exclusión, en la medida en que la expansión de la telemedicina y de las herramientas digitales de atención sanitaria no se tradujo necesariamente en una democratización del acceso, sino que en muchos casos profundizó desigualdades preexistentes al excluir a quienes carecen de infraestructura tecnológica adecuada o de competencias digitales suficientes.

En correspondencia con el objetivo de identificar las barreras estructurales presentes en los sistemas de salud latinoamericanos que perpetúan la exclusión de poblaciones vulnerables respecto del ejercicio efectivo de sus derechos como pacientes, esta revisión biblio-

gráfica permitió sistematizar dichas barreras en cuatro dimensiones analíticas principales: económica-financiera, cultural-lingüística, institucional-territorial y tecnológica-digital. El análisis integrado de la evidencia mostró que estas dimensiones no operaron de manera aislada, sino que interactuaron y se reforzaron mutuamente, configurando procesos de exclusión compuesta que afectaron de forma diferenciada a poblaciones indígenas, migrantes, mujeres y comunidades rurales. Asimismo, se constató que, a pesar del reconocimiento constitucional del derecho a la salud en la mayoría de los países de la región, persistió una brecha significativa entre los marcos normativos formales y su implementación efectiva en la práctica sanitaria.

Este hallazgo sugiere que las estrategias orientadas a alcanzar la cobertura universal de salud, aunque necesarias, resultaron insuficientes cuando no se acompañaron de transformaciones estructurales capaces de abordar las causas profundas de la exclusión. En este contexto, los derechos del paciente, entre ellos el consentimiento informado, la autonomía, la no discriminación y el acceso equitativo a los servicios continuaron siendo vulnerados por configuraciones institucionales que reprodujeron desigualdades históricas y que demandan procesos de reforma más amplios que trasciendan intervenciones meramente incrementales.

En relación con las consideraciones finales y las orientaciones para futuras investigaciones, es pertinente reconocer que la presente revisión bibliográfica presenta determinadas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus resultados. Entre ellas se encuentran la heterogeneidad de los contextos nacionales analizados, el posible sesgo de publicación asociado a la disponibilidad de literatura indexada y la ausencia de una evaluación formal de la calidad metodológica de los estudios mediante instrumentos estandarizados.

No obstante, los hallazgos obtenidos ofrecen una base analítica relevante para orientar nuevas agendas de investigación en el campo de la salud pública y los derechos del paciente en América Latina. En particular, resulta necesario promover estudios empíricos con enfoque

interseccional que permitan comprender cómo múltiples dimensiones de desigualdad tales como la etnia, el género, el estatus migratorio, la discapacidad y la condición socioeconómica interactúan para producir exclusiones complejas en el acceso a los servicios de salud.

Asimismo, se requieren investigaciones comparativas multinacionales que utilicen metodologías estandarizadas para identificar patrones regionales y diferencias contextuales, así como estudios longitudinales que evalúen el impacto de las reformas sanitarias implementadas en la región sobre la reducción efectiva de las barreras de acceso. De manera adicional, se considera fundamental impulsar investigaciones que incorporen activamente la participación de las poblaciones vulnerables en los procesos de producción de conocimiento, no solo como sujetos de estudio sino también como coinvestigadores, mediante el empleo de metodologías participativas que contribuyan a fortalecer la validez ecológica de los hallazgos.

En última instancia, la superación de las barreras estructurales identificadas requiere no solo ajustes técnicos en el funcionamiento de los sistemas de salud, sino también transformaciones profundas en las relaciones de poder que sostienen los procesos de exclusión, lo que implica avanzar hacia la democratización de las instituciones sanitarias, el fortalecimiento de los mecanismos de rendición de cuentas y la consolidación de sistemas de protección social universales que garanticen el ejercicio pleno de los derechos del paciente para todas las personas, con independencia de su origen étnico, su estatus migratorio, su género o su lugar de residencia.

Referencias

- Abramo, L., Cecchini, S., & Ullmann, H. (2020). Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: El rol de la protección social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5), 1587–1598. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32802019>
- Aizenberg, M. (2024). El determinante normativo en salud digital: El caso de la telesalud. *Revista de Direito da Saúde Comparado*, 1(1), 11–29. <https://doi.org/10.56242/direitodasaudecomparado;2022;1;1;11-29>
- Alonso, J. P., Cejas, C., Berrueta, M., Vazquez, P., Perrotta, G., Formia, S., Pirsch, S., Ballivian, J., Zavala, D., López, A., & Belizán, M. (2024). Barriers to advancing the sexual and reproductive health agenda in Latin America: A qualitative study of key informants' perspectives. *Reproductive Health*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01927-6>
- Arteaga, Ó., & Fuentes, A. (2021). COVID-19 en América Latina: Más allá de los datos epidemiológicos. *Revista de Medicina y Cine*, 16, 119–127. <https://doi.org/10.14201/rmc202016e119127>
- Ballén, D., Carvajal, C., Llavador, R., Alarcón, M., Vallejo-Yepes, C., & Brugés-Maya, R. (2023). Survival outcomes of metastatic non-small cell lung cancer patients with limited access to immunotherapy and targeted therapy in a cancer center of a low- and middle-income country. *Cancer Control*, 30. <https://doi.org/10.1177/10732748231189785>
- Ballén, K., Yepes, A., Aristizabal, P., Torres, M., Ospina, V., & Arrieta, O. (2023). Survival outcomes of metastatic non-small cell lung cancer patients with limited access to immunotherapy in Latin America. *JCO Global Oncology*, 9. <https://doi.org/10.1200/GO.23.00013>
- Bedoya, L. A., Agudelo-Suárez, A. A., & Restrepo-Ochoa, D. A. (2020). Acceso de mujeres en embarazo, parto y posparto a servicios de salud según clase social. *Salud UIS*, 52(3). <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n3-2020009>

- Blukacz, A., Cabieses, B., Obach, A., Carreño, A., Stefoni, C., & Pérez, C. (2023). Access to health services for international migrants during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 57. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0443en>
- Campos-Montejo, R., & Acosta-Toraya, A. E. del C. (2024). Efectividad del derecho humano a la salud a través del juicio de amparo. *Horizonte Sanitario*, 23(1), 189–202. <https://doi.org/10.19136/hs.a23n1.5665>
- Carlo, G., Paez, A., Romero, A., & Teran, E. (2025). Socio-technical challenges in accessing antenatal services during pregnancy complications in Ecuador. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-06398-7>
- Carlo, L., Cruz, E., Arias, A., Baca, M., Carlo, M., Carpio-Arias, T., & Verdezoto, N. (2025). Socio-technical challenges in accessing antenatal services during pregnancy complications in Ecuador and the opportunities for digital health. *Digital Health*, 11. <https://doi.org/10.1177/20552076251343684>
- Cuenca Jiménez, M. J., Alarcón Vélez, R. A., & Bravo Pesantez, C. E. (2024). La vulneración de derechos en la atención sanitaria: Una realidad evidente en Latinoamérica. *Resistances: Journal of the Philosophy of History*, 5(10). <https://doi.org/10.46652/resistances.v5i10.175>
- Dávila, F., Cala-Vitery, F., & Gómez, L. T. (2025). Determinants of access to sexual and reproductive health for adolescent girls in vulnerable situations in Latin America. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph22020248>
- Garza, M., & Miguel, J. (2025). Structural barriers and inequities in access to health care for indigenous populations in Latin America. *International Journal for Equity in Health*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02495-2>

- Guerrero-Naranjo, A. V., León-Yáñez, D. A., Tiñe-Cando, D. L., & Hernández-Ramos, E. L. (2024). Derecho a la salud en pacientes oncológicos en Ecuador. *Verdad y Derecho: Revista Arbitrada de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 3(4), 137–143. <https://doi.org/10.62574/vwqz9n93>
- Jeyachandran, D., Iles, R., Liddle, J., & Morris, M. E. (2025). Barriers and facilitators to accessing healthcare for people with Parkinson's: A qualitative study. *Health Expectations*, 28(1). <https://doi.org/10.1111/hex.70264>
- Krause, M., Petracci, M., Elicabe, E., Rodríguez Zoya, P. G., Schwarz, P. K. N., & Ridao, M. (2023). Historia clínica electrónica: Miradas críticas de médicos del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 27. <https://doi.org/10.1590/interface.220072>
- Molina, A. (2024). Perspectiva comparada del acceso ciudadano a los servicios digitales en América Latina. *Eunomía: Revista en Cultura de la Legalidad*, 27, 120–136. <https://doi.org/10.20318/eunomia.2024.9003>
- Mullachery, P. H., Rodríguez, D. A., Miranda, J. J., López-Olmedo, N., Martínez-Folgar, K., Barreto, M. L., Diez Roux, A. V., & Bilal, U. (2022). Mortality amenable to healthcare in Latin American cities: A cross-sectional study examining between-country variation in amenable mortality and the role of urban metrics. *International Journal of Epidemiology*, 51(1), 303–313. <https://doi.org/10.1093/ije/dyab137>
- Nieblas, B., Ochoa, S. F., & Santos, R. (2022). Systematic mapping study on the impact and future of telemedicine amidst the COVID-19 pandemic in Latin America. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(8), 3013–3030. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.05822022>
- Nieblas, B., Okoye, K., Carrión, B., Mehta, N., & Mehta, S. (2022). Impact and future of telemedicine amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review of the state-of-the-art in Latin America. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(8), 3013–3030. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.12532021>

- Obach, A., Blukacz, A., Sadler, M., Carreño Calderón, A., Cabieses, B., & Díaz, C. (2024). Barriers and facilitators to access sexual and reproductive health services among young migrants in Tarapacá, Chile: A qualitative study. *BMC Public Health*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17884-5>
- Paredes Haro, H. D., Guamán Quezada, A. E., & Tapia Segura, C. O. (2025). Desafíos en el acceso a servicios de salud en comunidades indígenas de Chimborazo: Análisis de barreras y posibles soluciones. *Vitalyscience Revista Científica Multidisciplinaria*, 3(7), 45–54. <https://doi.org/10.56519/qykcww80>
- Pérez, S. A., & Perner, M. (2023). Desigualdades en el acceso a la salud en Río Negro como “normalidad” prepandémica. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, 13(2), 386–400. <https://doi.org/10.5102/rbpp.v13i2.8752>
- Pergolizzi, J., LeQuang, J., Wagner, M., & Varrassi, G. (2024). Challenges in palliative care in Latin America: A narrative review. *Cureus*, 16(5). <https://doi.org/10.7759/cureus.60698>
- Ruelas-Villavicencio, A. L., Contreras-Yáñez, I., Gómez-Ruiz, R. P., Zagaglia Del Valle, M. C., Malagón-Liceaga, A., & Pascual-Ramos, V. (2025). Digital health literacy is linked to attitudes regarding the ethical aspects of digital health among patients with dermatologic comorbidities. *PLOS ONE*, 20(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0330916>
- Samuel, J., Flores, W., & Frisancho, A. (2020). Social exclusion and universal health coverage: Health care rights and citizen-led accountability in Guatemala and Peru. *International Journal for Equity in Health*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01308-y>
- Seca, N. Y. (2024). Integración de políticas públicas de salud interculturales en México para garantizar el derecho a la salud de las comunidades indígenas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria*, 8(5), 13908–13928. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.14833

- Velasco Espinal, J. A., Molina Rodríguez, J. F., Jaimes Hernández, I. M., Guardiola Segovia, S., Mieles Velázquez, C. P., Martínez Cruz, M., Corona-Arias, C. A., & Corona González, R. D. (2025). Social determinants of health and their impact on equity in access to healthcare services worldwide. *SAGA: Revista Científica Multidisciplinar*, 2(3), 904–924. <https://doi.org/10.63415/saga.v2i3.249>
- Villanueva, G., Sampor, C., Palma, J., Villarroel, M., Valencia, D., García Lombardi, M., Gómez García, W., Lezcano Cáceres, E., Sobrero, V., García, L., Cabrera, V., Maza, I., Velásquez, T., Ugaz, C., Montoya Vásquez, J., Díaz Coronado, R., González, N., Aguiar, S., Dabezies, A., ... & Vásquez, L. (2022). Impact of COVID-19 in pediatric oncology care in Latin America during the first year of the pandemic. *Pediatric Blood & Cancer*, 69. <https://doi.org/10.1002/pbc.29748>
- Villar Uribe, M., Escobar, M. L., Ruano, A. L., & Iunes, R. F. (2021). Realizing the right to health in Latin America, equitably. *International Journal for Equity in Health*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01332-y>

Pedro Máximo Joaquin Ojeda Gallo

Universidad Nacional de Piura | Piura | Perú

<https://orcid.org/0009-0000-4816-8724>

pojedad@unp.edu.pe

pedrojedadgallo@gmail.com

Gabriel Raymundo Cabredo Castro

Universidad Nacional de Piura | Piura | Perú

<https://orcid.org/0000-0002-5712-5547>

gcabredoc@unp.edu.pe

rcabredoc@hotmail.com

Andy Williams Chamoli Falcón

Universidad de Huánuco | Huánuco | Perú

<https://orcid.org/0000-0002-2758-1867>

andy.chamoli@udh.edu.pe

chamoliss@hotmail.com

Health Exclusion and Patient Rights: A Review of Economic, Cultural, Institutional, and Technological Barriers

Abstract

Health systems in Latin America face profound structural challenges that limit equitable access to health services, disproportionately affecting vulnerable populations such as indigenous communities, migrants, women, and rural residents, whose rights as patients are systematically violated despite the constitutional recognition of the right to health in most countries of the region. The objective of this article was to identify the structural barriers in Latin American health systems that perpetuate the exclusion of vulnerable populations from the effective exercise of their rights as patients. A literature review was conducted using a systematic search in Scopus, Web of Science, SciELO, and Latindex, selecting studies published between 2019 and 2025 in Spanish, English, and Portuguese, applying rigorous inclusion and exclusion criteria. The results allowed the barriers to be categorized into four interconnected dimensions: economic-financial, including drug shortages and therapeutic restrictions; Cultural and linguistic barriers, manifested in discrimination, stereotyping, and a lack of intercultural competence; institutional and territorial barriers, stemming from systemic fragmentation and the metropolitan concentration of services; and technological and digital barriers, evidenced by the exclusion of populations lacking digital infrastructure and literacy. It is concluded that these barriers operate synergistically, producing compound exclusions that demand comprehensive structural transformations, beyond incremental reforms, to guarantee the full exercise of patients' rights in the region. Keywords: Structural barriers in health; vulnerable populations; patients' rights; health equity; health systems in Latin America.

Exclusão Sanitária e Direitos do Paciente: Revisão das Barreiras Econômicas, Culturais, Institucionais e Tecnológicas

Resumo

Os sistemas de saúde na América Latina enfrentam profundos desafios estruturais que limitam o acesso equitativo aos serviços sanitários, afetando desproporcionalmente populações vulneráveis como comunidades indígenas, migrantes, mulheres e residentes

rurais, que veem sistematicamente violados seus direitos como pacientes, apesar do reconhecimento constitucional do direito à saúde na maioria dos países da região. O objetivo deste artigo foi identificar as barreiras estruturais dos sistemas de saúde latino-americanos que perpetuam a exclusão de populações vulneráveis do exercício efetivo de seus direitos como pacientes. Realizou-se um artigo de revisão bibliográfica mediante busca sistemática em Scopus, Web of Science, SciELO e Latindex, selecionando estudos publicados entre 2019 e 2025 em espanhol, inglês e português, aplicando critérios rigorosos de inclusão e exclusão. Os resultados permitiram categorizar as barreiras em quatro dimensões interconectadas: econômico-financeiras, incluindo escassez de medicamentos e restrições terapêuticas; culturais-linguísticas, manifestadas em discriminação, estereotipação e ausência de competência intercultural; institucionais-territoriais, decorrentes da fragmentação sistêmica e da concentração metropolitana de serviços; e tecnológico-digitais, evidenciadas na exclusão de populações sem infraestrutura nem alfabetização digital. Conclui-se que essas barreiras operam de maneira sinérgica, produzindo exclusões compostas que demandam transformações estruturais integrais, para além de reformas incrementais, a fim de garantir o pleno exercício dos direitos do paciente na região.

Palavras-chave: Barreiras estruturais em saúde; populações vulneráveis; direitos do paciente; equidade em saúde; sistemas de saúde na América Latina.