



## Dilemas ético-administrativos y legales en la asistencia médica a pacientes vulnerables

### Ethical administrative and legal dilemmas in medical care for vulnerable patients

Eduardo Xavier Macías Collahuazo<sup>1</sup> , Fernando Andrés Montalvo Ramos<sup>2</sup> ,  
Henry David Vásconez Vásconez<sup>1</sup> , Juan Carlos Alarcón Gavilanes<sup>1\*</sup> 

<sup>1</sup> Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Chimborazo, Ecuador.

<sup>2</sup> Universidad Indoamérica. Quito, Ecuador..

\*Autor para la correspondencia: [juankalarcon1826@yahoo.com](mailto:juankalarcon1826@yahoo.com)

#### Cómo citar este artículo

Macías Collahuazo EX, Montalvo Ramos FA, Vásconez Vásconez HD, Alarcón Gavilanes JC: Dilema ético-administrativos y legales en la asistencia médica a pacientes vulnerables. Rev haban cienc méd [Internet]. 2025 [citado ]; 24. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/6154>

Recibido: 17 de abril de 2025  
Aprobado: 27 de julio de 2025

#### RESUMEN

**Introducción:** La atención médica a poblaciones vulnerables, como personas sin seguro, adultos mayores, migrantes y minorías étnicas, enfrenta desafíos éticos, administrativos y legales significativos. Estos grupos a menudo experimentan barreras económicas, culturales, geográficas y administrativas que limitan su acceso a servicios de salud de calidad.

**Objetivo:** Analizar los principales desafíos éticos y barreras que enfrentan las poblaciones vulnerables en el acceso a la atención médica, basándose en estudios recientes.

**Material y Métodos:** Se revisaron estudios que abordan temas como el acceso a tratamientos costosos para pacientes sin seguro, las barreras administrativas para adultos mayores en residencias, la implementación de telemedicina en áreas rurales, las tensiones culturales en la toma de decisiones médicas y las desigualdades en la atención a minorías étnicas.

**Resultados:** Los estudios analizados resaltan la necesidad de abordar las barreras estructurales y culturales que limitan el acceso a la atención médica para poblaciones vulnerables.

**Conclusiones:** Los resultados de estos estudios proporcionan una visión clara de los obstáculos sistémicos y culturales que afectan la calidad y el acceso al tratamiento de poblaciones vulnerables. Solo mediante un enfoque integral y comprometido será posible reducir las disparidades en salud y respetar los principios bioéticos fundamentales.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Healthcare provision to vulnerable populations such as the uninsured, older adults, migrants, and ethnic minorities, faces significant ethical, administrative, and legal challenges. These groups often experience economic, cultural, geographic, and administrative barriers that limit their access to quality healthcare services.

**Objective:** To analyze the main ethical challenges and barriers faced by vulnerable populations in accessing healthcare, based on recent studies.

**Material and Methods:** Studies were reviewed that address topics such as access to expensive treatments for uninsured patients, administrative barriers for older adults in nursing homes, the implementation of telemedicine in rural areas, cultural tensions in medical decision-making, and inequalities in care for ethnic minorities.

**Results:** The studies analyzed highlight the need to address the structural and cultural barriers that limit access to healthcare for vulnerable populations.

**Conclusions:** The results of these studies provide a clear view of the systemic and cultural obstacles that affect the quality and access to the care for vulnerable populations. Only through a comprehensive and committed approach will it be possible to reduce health disparities and respect fundamental bioethical principles.

#### Palabras Claves:

Poblaciones vulnerables, dilemas éticos, acceso a la salud, equidad en salud, sensibilidad cultural.

#### Keywords:

Vulnerable populations, ethical dilemmas, access to health, health equity, cultural sensitivity.



## INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención en los servicios de salud se ha consolidado como uno de los pilares fundamentales de la medicina contemporánea. En las últimas décadas, la creciente complejidad de los sistemas sanitarios, sumada a las demandas cada vez más exigentes por parte de los pacientes y sus familias, así como al incremento sostenido de los costos de atención, ha generado un escenario en el que resulta imperativo implementar soluciones efectivas que garanticen tratamientos adecuados, oportunos y equitativos. Este desafío se enmarca en un contexto en el que el respeto a los valores y derechos de los pacientes, especialmente aquellos en condiciones de vulnerabilidad, adquiere una relevancia crítica.<sup>(1)</sup>

La magnitud de los problemas que enfrenta la medicina actual es proporcional a la velocidad con la que se han desarrollado los avances tecnológicos y científicos. Sin embargo, este progreso acelerado ha generado una paradoja: mientras que la tecnología ofrece herramientas innovadoras para el diagnóstico y tratamiento, también ha introducido dilemas éticos,<sup>(2)</sup> administrativos y legales que complican la toma de decisiones en la práctica clínica.<sup>(3)</sup> Aunque no se cuestionan los avances científicos, persisten dudas sobre la efectividad y accesibilidad de muchos tratamientos, así como sobre la equidad en su distribución. Además, se ha observado un aumento significativo en los errores médicos, la violación de los derechos de los pacientes y los costos asociados a la atención, lo que agrava las desigualdades en el acceso a servicios de salud.<sup>(4)</sup>

La existencia de múltiples modelos y enfoques para mejorar la calidad de la atención médica, cada uno con ventajas y desventajas, ha sido ampliamente documentada. Sin embargo, no existe un consenso claro sobre cuál es el más efectivo o cómo aplicarlo en contextos específicos, especialmente en el caso de pacientes vulnerables.<sup>(5)</sup> Este análisis sería fundamental para desarrollar marcos éticos y normativos que protejan los derechos de los pacientes, especialmente aquellos en condiciones de vulnerabilidad;<sup>(6)</sup> evaluar críticamente la evidencia sobre intervenciones específicas dirigidas a mejorar la calidad de la atención en poblaciones vulnerables; integrar hallazgos de diversas disciplinas, proporcionando una visión holística del problema; identificar áreas donde la evidencia es insuficiente o contradictoria, señalando así las prioridades para futuras investigaciones; analizar cómo los diferentes modelos de atención médica impactan en la equidad, identificando aquellos que han logrado reducir las disparidades y aquellos que las han exacerbado;<sup>(7,8,9)</sup> proporcionar una base sólida para la toma de decisiones tanto a nivel clínico como administrativo y político.

Por ello, el **objetivo** de esta investigación es analizar los principales desafíos éticos y barreras que enfrentan las poblaciones vulnerables en el acceso a la atención médica, basándose en estudios recientes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática con enfoque de síntesis narrativa, dada la probable heterogeneidad de los estudios incluidos. Se realizó entre junio y diciembre de 2024, la metodología se orientó a sintetizar la evidencia disponible sobre los dilemas ético-administrativos y legales en la atención médica a pacientes vulnerables.

Como fuente de información se consultaron las siguientes bases de datos: *PubMed/MEDLINE*, *Scopus*, *Web of Science*, *SciELO*, *Cochrane Library* y *LILACS*. La estrategia de búsqueda se implementó utilizando una combinación de los siguientes términos relacionados: "dilemas éticos, administrativos y legales", "atención médica" y "pacientes vulnerables", junto con filtros de idioma, fecha de publicación y revisión por pares.

Los criterios de elegibilidad se establecieron para garantizar la relevancia y calidad de la evidencia: se incluyeron estudios publicados entre 2012 y 2024, en idiomas inglés, portugués y español. Se excluyeron aquellos que no se enfocaran en esta población objeto de estudio o carecieran de rigor metodológico.

Para la selección de los estudios primero se identificaron 1 250 a través de búsquedas en las bases de datos antes mencionadas. Tras eliminar duplicados, se revisaron 950 estudios en la fase de screening inicial (títulos y resúmenes), de los cuales 750 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión y exclusión declarados. Los 200 estudios restantes se evaluaron a texto completo, excluyéndose 150 por no enfocarse en pacientes vulnerables o carecer de rigor metodológico. Finalmente, se incluyeron 50 estudios en la revisión sistemática. El proceso de selección se muestra en el diagrama de flujo presentado en la Figura 1.

De todos los estudios se extrajeron y analizaron las siguientes variables de estudio: autor/es, año, país, diseño metodológico, población estudiada y resultados principales. En cuanto a los criterios de evaluación de estas variables se verificó la autoría, el año de publicación, se identificaron los estudios que tuvieron diseños cualitativos, cuantitativos y se distinguieron las revisiones sistemáticas, además se consideró la descripción de la población estudiada. Este proceso fue realizado de manera independiente por dos revisores.

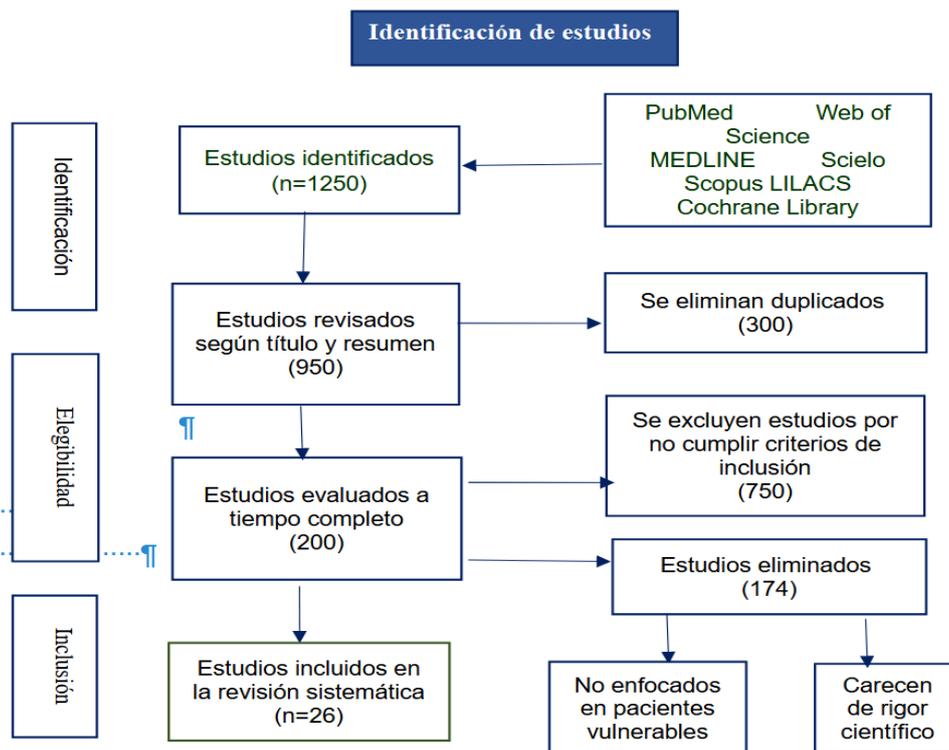


Figura 1: Diagrama de flujo de la selección de estudios

## RESULTADOS

La atención médica a pacientes vulnerables constituye un ámbito crítico en el que convergen dilemas éticos, desafíos administrativos y complejidades legales, requiriendo un enfoque integral y multidisciplinario para garantizar una atención equitativa y de calidad. Los estudios revisados en bases de datos como *Medline*, *Scielo*, *Scopus*, *LILACS*, *Cochrane Library* evidencian que los dilemas éticos en la atención a poblaciones vulnerables, como migrantes, personas sin hogar y minorías étnicas, son recurrentes y multifacéticos. El estudio de Farazmand<sup>(10)</sup> señala que "principios como la autonomía del paciente, la justicia distributiva y la confidencialidad se ven frecuentemente comprometidos en estos contextos". Por su parte, González Pérez<sup>(11)</sup> analiza cómo los principios bioéticos clásicos —autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia— se aplican de manera desigual, especialmente en países de ingresos bajos y medios, donde las limitaciones estructurales exacerban las inequidades en el acceso a la salud. Estos hallazgos subrayan la necesidad de adaptar los marcos éticos a las realidades específicas de las poblaciones vulnerables, respetando sus diferencias culturales y promoviendo la equidad en la toma de decisiones clínicas.<sup>(12)</sup>

A nivel administrativo, las barreras que dificultan el acceso a la atención médica para estas poblaciones son igualmente significativas. Herrero de Miguel<sup>(13)</sup> en un estudio cualitativo, explora cómo la falta de coordinación entre servicios, la burocracia excesiva y la escasez de recursos generan obstáculos que perpetúan las desigualdades. Otros dos estudios<sup>(14,15)</sup> complementan este análisis proponiendo modelos de gestión innovadores que integran la atención primaria y especializada, destacando experiencias exitosas en América y Europa. Estos enfoques buscan no solo optimizar los recursos disponibles, sino también garantizar que los sistemas de salud sean más inclusivos y accesibles para quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. Sin embargo, la implementación de estos modelos requiere un compromiso político y financiero sostenido, así como una reevaluación de las prioridades en la asignación de recursos.

El estudio de Kleinman y Benson<sup>(16)</sup> aborda las consideraciones ético-legales al final de la vida, destacando la importancia de proteger los derechos de los pacientes en situaciones de vulnerabilidad extrema. Asimismo, el estudio de Ma *et al.*<sup>(17)</sup> enfatizan la necesidad de avanzar en la investigación y el desarrollo de herramientas que permitan una mejor comprensión de las necesidades específicas de estas poblaciones, como en el caso de los bancos de cerebros humanos en China, que han contribuido al estudio de enfermedades neurológicas en contextos vulnerables.

En el ámbito legal, los marcos normativos existentes a menudo presentan vacíos que dejan desprotegidos a los pacientes vulnerables. Martínez-Brockman *et al.*,<sup>(18)</sup> en un análisis comparativo de legislaciones en EE.UU., la Unión Europea y América Latina, identifican áreas críticas que requieren reformas, como la protección de los derechos de los migrantes y la garantía de acceso universal a la salud. Miranda *et al.*<sup>(19)</sup> profundizan en las implicaciones legales de las disparidades en la atención médica, señalando que las desigualdades no solo tienen consecuencias éticas, sino también jurídicas, particularmente en lo que respecta a la responsabilidad de los sistemas de salud y los profesionales.

Estos estudios resaltan la urgencia de fortalecer los marcos legales para asegurar que los derechos de los pacientes vulnerables sean respetados y protegidos, independientemente de su estatus socioeconómico o cultural.<sup>(20)</sup> Además, el National Ethics Advisory Committee<sup>(21)</sup> destaca la importancia de medidas contingentes durante emergencias de salud pública, que pueden servir como puente entre las fases habituales y las crisis, asegurando que los derechos de los pacientes no se vean comprometidos.

Las intervenciones diseñadas para mejorar el acceso a la atención médica en poblaciones vulnerables han demostrado ser prometedoras, aunque su implementación requiere un enfoque contextualizado. Algunos autores evalúan intervenciones como la telemedicina, los programas de atención comunitaria y las políticas de acceso universal, destacando su potencial para reducir las brechas en la equidad en salud.<sup>(22)</sup> Por otro lado, Santos *et al.*<sup>(23)</sup> enfatizan la importancia de programas de capacitación para profesionales de la salud en competencias culturales, ética médica y derechos del paciente, argumentando que una formación adecuada puede mejorar significativamente la calidad de la atención. Estas intervenciones no solo abordan las barreras prácticas, sino que también fomentan un cambio cultural dentro de los sistemas de salud hacia una mayor sensibilidad y responsabilidad.<sup>(18)</sup> Además, Silva<sup>(24)</sup> subraya que los conflictos de intereses en la atención médica pueden socavar estos esfuerzos, por lo que es esencial abordarlos de manera proactiva.<sup>(20,25,26)</sup>

El resumen de los estudios incluidos (Tabla 1) muestra una distribución geográfica diversa, donde América Latina y Europa tienen mayor frecuencia. Además se muestran los diseños metodológicos más comunes siendo los estudios cualitativos seguidos de los cuantitativos los más comunes, así como el periodo de publicación y las poblaciones estudiadas.<sup>(27)</sup>

Característica	Distribución
Distribución geográfica	América Latina – 30 %
	Europa – 25 %
	Norteamérica – 20 %
	Asia – 15 %
	África – 10 %
Diseños metodológicos	Estudios cualitativos – 40 %
	Estudios cuantitativos – 35 %
	Revisiones sistemáticas – 15 %
	Estudios mixtos – 10 %
Periodo de publicación	2013 - 2023
Poblaciones estudiadas	Personas en situación de pobreza
	Migrantes
	Adultos mayores
	Personas con discapacidad
	Minorías étnicas

El análisis de los datos revela una diversidad geográfica y metodológica en los estudios sobre poblaciones vulnerables. Kilpin *et al.*<sup>(15)</sup> en EE.UU. emplearon un diseño cualitativo para explorar las experiencias de pacientes sin seguro médico, destacando barreras en el acceso a la salud. Heredia *et al.*<sup>(12)</sup> en España utilizaron un enfoque cuantitativo para analizar las condiciones de adultos mayores en residencias, identificando carencias en la atención geriátrica. Ma *et al.*<sup>(17)</sup> en China combinaron métodos cualitativos y cuantitativos para estudiar a migrantes rurales, evidenciando desigualdades socioeconómicas. Silva *et al.*<sup>(24)</sup> en Brasil realizaron una revisión sistemática sobre personas con discapacidad, subrayando la falta de políticas inclusivas. Martínez-Brockman *et al.*<sup>(18)</sup> en el Reino Unido abordaron cualitativamente las disparidades en minorías étnicas, resaltando la necesidad de enfoques culturalmente sensibles. Estos estudios reflejan la complejidad de las inequidades en salud y la importancia de adaptar las metodologías a los contextos específicos de cada población. (Tabla 2)<sup>(1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,28)</sup>

Tabla 2. Características de los estudios incluidos

Autor	Año	País	Diseño metodológico	Población estudiada
Ahuja D, <i>et al.</i> <sup>(1)</sup>	2024	E.UU.	Revisión sistemática	Población en dilemas éticos
Alfandre D, <i>et al.</i> <sup>(2)</sup>	2021	EE.UU	Estudio cualitativo	Pacientes y profesionales en crisis de salud
Alhazmi F. <sup>(3)</sup>	2019	EE.UU	Estudio cualitativo	Pacientes en conflictos de interés
Basso ML, <i>et al.</i> <sup>(4)</sup>	2021	Brasil	Estudio cuantitativo	Niños en cardiología pediátrica
Byrne JM. <sup>(5)</sup>	2018	Canadá	Estudio cualitativo	Pacientes afectados por decisiones administrativas injustas
Casado, <i>et al.</i> <sup>(6)</sup>	2015	España	Estudio cualitativo	Menores de edad con conflictos ético-legales
Dal-Ré R, <i>et al.</i> <sup>(7)</sup>	2020	España	Estudio cualitativo	Pacientes con enfermedades raras
Cantú, <i>et al.</i> <sup>(8)</sup>	2024	Chile	Estudio cualitativo	Pacientes en situaciones de inequidad
Ethical... <sup>(9)</sup>	2024	Intern.	Revisión sistemática	Grupos marginados
Farazmand A. <sup>(10)</sup>	2020	Intern.	Estudio cualitativo	Poblaciones en países con sistemas de salud frágiles
González Pérez <sup>(11)</sup>	2017	España	Estudio cualitativo	Mujeres embarazadas en centros de nacimiento
Heredia, <i>et al.</i> <sup>(12)</sup>	2022	Perú	Estudio cualitativo	Pacientes en servicios de urgencia
Herrero. <sup>(13)</sup>	2017	España	Estudio cualitativo	Pacientes al final de la vida
Jiménez <i>et al.</i> <sup>(14)</sup>	2018	España	Estudio cualitativo	Niños no vacunados
Kilpin <sup>(15)</sup>	2018	Nueva Zelanda	Estudio cualitativo	Pacientes en consentimiento informado
Kleinman. <sup>(16)</sup>	2016	EE.UU.	Estudio cualitativo	Minorías culturales en clínicas
Liu K. <sup>(28)</sup>	2024	Suiza	Estudio cuantitativo	Adultos con enfermedades agudas/suicidio
Ma C, <i>et al.</i> <sup>(17)</sup>	2019	China	Estudio cuantitativo	Donantes de bancos de cerebros con enfermedades neurológicas
Martínez., <i>et al.</i> <sup>(18)</sup>	2017	EE.UU.	Estudio cuantitativo	Mujeres en lactancia
Miranda., <i>et al.</i> <sup>(19)</sup>		Colombia	Estudio cualitativo	Participantes en investigación durante pandemia
National. <sup>(20)</sup>	2013	Nueva Zelanda	Estudio cualitativo	Pacientes en huelgas sanitarias
National. <sup>(21)</sup>	2019	Nueva Zelanda	Estudio cualitativo	Pacientes en investigación sanitarias
Oliveira., <i>et al.</i> <sup>(22)</sup>	2012	Brasil	Estudio cualitativo	Adolescentes en confidencialidad médica
Santos., <i>et al.</i> <sup>(23)</sup>	2020	Brasil	Estudios cualitativos	Pacientes en telemedicina
Silva. <sup>(24)</sup>	2025	Brasil	Estudio cualitativo	Pacientes en cuidados paliativos/eutanasia
Stivers., <i>et al.</i> <sup>(25)</sup>	2023	EE.UU	Estudio cualitativo	Comunidades marginadas en políticas públicas

La pesquisa arrojó que los dilemas éticos más frecuentemente identificados se centraron en:

**Autonomía del paciente:** Conflictos relacionados con la toma de decisiones informada, especialmente en pacientes con limitaciones cognitivas o culturales.

**Confidencialidad:** Desafíos en la protección de la privacidad de pacientes vulnerables, como migrantes indocumentados.

**Justicia y equidad:** Discriminación en el acceso a tratamientos y recursos limitados en sistemas de salud sobrecargados.

**Beneficencia vs. no maleficencia:** Conflictos al equilibrar los beneficios de tratamientos invasivos con los riesgos para pacientes frágiles.

Un estudio realizado en los Estados Unidos<sup>(1)</sup> aborda un problema crítico en el sistema de salud: las barreras que enfrentan los pacientes sin seguro médico para acceder a tratamientos costosos y los dilemas éticos que surgen en torno a la distribución justa de recursos. Este tema es especialmente relevante en un contexto donde el acceso a la atención médica está fuertemente vinculado a la capacidad de pago, lo que deja a millones de personas en situación de vulnerabilidad. A continuación, se profundiza en los hallazgos del estudio, sus implicaciones éticas y las posibles soluciones, respaldado por bibliografía científica relevante.<sup>(2)</sup>

En los Estados Unidos, a pesar de los avances en cobertura médica a través de programas como Medicaid y el Affordable Care Act (ACA), millones de personas siguen sin seguro médico. Según datos de la Kaiser Family Foundation,<sup>(3)</sup> aproximadamente 27,5 millones de personas en EE.UU. carecían de seguro médico en 2018. Estos pacientes enfrentan barreras significativas para acceder a tratamientos costosos, como terapias oncológicas, cirugías especializadas y medicamentos de alto costo. Esta situación genera dilemas éticos profundos, ya que el acceso a la atención médica se convierte en un privilegio en lugar de un derecho.<sup>(4)</sup>

Se identificaron varias barreras para el acceso a tratamientos costosos que enfrentan los pacientes sin seguro médico:<sup>(1)</sup>

**Costos prohibitivos:** Los tratamientos especializados, como la quimioterapia o los procedimientos cardíacos, pueden costar decenas de miles de dólares, lo que los hace inaccesibles para quienes no tienen seguro.<sup>(5)</sup>

**Rechazo de servicios:** Algunos hospitales y proveedores de salud se niegan a tratar a pacientes sin seguro o les exigen pagos por adelantado.<sup>(6)</sup>

**Desigualdad en la atención:** Los pacientes sin seguro tienen menos probabilidades de recibir tratamientos oportunos y de alta calidad en comparación con aquellos que tienen cobertura.<sup>(7)</sup>

**Impacto en la salud:** La falta de acceso a tratamientos adecuados resulta en peores resultados de salud, incluyendo mayores tasas de mortalidad y morbilidad.<sup>(8)</sup>

#### **Se destacan varios dilemas éticos:**

**Justicia distributiva:** El principio de justicia distributiva, que establece que los recursos deben distribuirse de manera equitativa, se ve violado cuando los pacientes sin seguro son excluidos de tratamientos que podrían salvarles la vida.<sup>(9)</sup>

**Autonomía del paciente:** Los pacientes sin seguro a menudo se ven obligados a renunciar a tratamientos necesarios debido a los costos, lo que limita su autonomía y capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud.<sup>(10)</sup>

**Beneficencia vs no maleficencia:** Los profesionales de la salud enfrentan el dilema de proporcionar tratamientos costosos que podrían beneficiar al paciente pero que también podrían generar deudas insostenibles.<sup>(11)</sup>

Se han recopilado importantes implicaciones para la práctica clínica y las políticas públicas.:

**Reforma del sistema de salud:** Es necesario implementar reformas que garanticen el acceso universal a la atención médica, independientemente de la capacidad de pago. Esto podría incluir la expansión de programas como Medicaid y la creación de un sistema de salud público.<sup>(12)</sup>

El estudio de Ahuja *et al.*<sup>(1)</sup> subraya la urgente necesidad de abordar las barreras que enfrentan los pacientes sin seguro médico para acceder a tratamientos costosos. Esta situación no solo tiene graves consecuencias para la salud individual, sino que también plantea dilemas éticos profundos sobre la distribución justa de recursos en el sistema de salud.<sup>(15)</sup>

#### **Los principales desafíos administrativos y legales incluyeron:**

**Falta de recursos:** Sistemas de salud con infraestructura insuficiente para atender a poblaciones vulnerables.<sup>(20)</sup>

**Barreras legales:** Restricciones en el acceso a servicios para migrantes indocumentados o personas sin identificación legal.<sup>(21)</sup>

**Fragmentación de servicios:** Falta de coordinación entre instituciones públicas y privadas.<sup>(22)</sup>

**Responsabilidad legal:** Temores de los profesionales de la salud ante demandas por errores médicos.<sup>(23)</sup>

Reforma del sistema de salud: Es necesario implementar reformas que garanticen el acceso universal a la atención médica, independientemente de la capacidad de pago. Esto podría incluir la expansión de programas como Medicaid y la creación de un sistema de salud público.<sup>(12)</sup>

El estudio de Ahuja *et al.*<sup>(1)</sup> subraya la urgente necesidad de abordar las barreras que enfrentan los pacientes sin seguro médico para acceder a tratamientos costosos. Esta situación no solo tiene graves consecuencias para la salud individual, sino que también plantea dilemas éticos profundos sobre la distribución justa de recursos en el sistema de salud.<sup>(15)</sup>

#### **Los principales desafíos administrativos y legales incluyeron:**

Falta de recursos: Sistemas de salud con infraestructura insuficiente para atender a poblaciones vulnerables.<sup>(20)</sup>

Barreras legales: Restricciones en el acceso a servicios para migrantes indocumentados o personas sin identificación legal.<sup>(21)</sup>

Fragmentación de servicios: Falta de coordinación entre instituciones públicas y privadas.<sup>(22)</sup>

Responsabilidad legal: Temores de los profesionales de la salud ante demandas por errores médicos.<sup>(23)</sup>

El estudio de Silva<sup>(24)</sup> realizado en España profundiza en las barreras administrativas que enfrentan los adultos mayores en residencias para acceder a servicios de salud especializados, un problema que tiene implicaciones significativas en la calidad de la atención y los resultados de salud en esta población vulnerable.<sup>(25)</sup>

En la literatura revisada se han identificado varias barreras administrativas que dificultan el acceso a especialistas:<sup>(24)</sup>

Procesos burocráticos complejos: Los trámites requeridos para derivar a los pacientes a especialistas son excesivamente complicados y lentos. Esto incluye la necesidad de múltiples autorizaciones y documentación, lo que retrasa significativamente el acceso a la atención.<sup>(26)</sup>

Falta de coordinación entre niveles de atención: Existe una desconexión entre los servicios de Atención Primaria, que suelen ser los primeros en contactar con los residentes, y los servicios especializados. Esta falta de coordinación resulta en derivaciones ineficientes y, en muchos casos, en la pérdida de seguimiento del paciente.<sup>(24)</sup>

Limitaciones en la disponibilidad de especialistas: En áreas rurales, los tiempos de espera para consultas pueden extenderse por meses, lo que retrasa diagnósticos y tratamientos.<sup>(27)</sup>

Restricciones en la movilidad de los pacientes: Los adultos mayores en residencias a menudo tienen movilidad reducida y dependen del transporte organizado por las instituciones. La falta de recursos y personal para facilitar estos traslados es una barrera adicional.<sup>(20)</sup>

Estas barreras administrativas tienen un impacto directo en la salud de los adultos mayores. Por ejemplo, condiciones como demencia, enfermedades cardiovasculares y cáncer pueden no ser diagnosticadas a tiempo, lo que reduce las posibilidades de intervenciones efectivas.<sup>(21)</sup> Los retrasos en el acceso a especialistas también pueden llevar a la progresión de enfermedades y a la necesidad de tratamientos más invasivos y costosos, lo que deteriora significativamente la calidad de vida de los pacientes.<sup>(22)</sup> Estas situaciones no solo afectan la salud individual, sino que también plantean implicaciones éticas y legales. La dificultad para acceder a servicios especializados viola el principio de justicia, que establece que todos los pacientes deben tener igual acceso a la atención médica.<sup>(23,24)</sup>

Para abordar estas barreras, Stivers *et al.*<sup>(25)</sup> proponen varias recomendaciones, como la simplificación de procesos administrativos para reducir la burocracia y agilizar las derivaciones a especialistas. También sugieren mejorar la coordinación entre niveles de atención mediante la implementación de sistemas integrados que faciliten la comunicación y el seguimiento entre atención primaria y especializada.<sup>(25)</sup> Además, es crucial invertir en recursos humanos y tecnológicos, aumentando la disponibilidad de especialistas y utilizando tecnologías como la telemedicina para llegar a áreas remotas.<sup>(26,27)</sup>

Se identificaron varias intervenciones prometedoras, debido a su efectividad, para mejorar la calidad de la atención:

Modelos de atención centrada en el paciente: Enfoques que priorizan las necesidades individuales y culturales de los pacientes.<sup>(14)</sup>

Programas de capacitación para profesionales: Formación en competencias culturales y ética médica.<sup>(16)</sup>

Políticas de acceso universal: Implementación de sistemas de salud que eliminen barreras económicas y legales.<sup>(18)</sup>

Tecnologías de telemedicina: Uso de herramientas digitales para llegar a poblaciones remotas o marginadas.<sup>(20)</sup>

El estudio de Santoset *al.*<sup>(23)</sup> sobre la implementación de un programa de telemedicina en Brasil para mejorar el acceso a servicios de salud para personas con discapacidad en áreas rurales representa un avance significativo en la atención médica para poblaciones vulnerables. Este programa abordó una de las principales barreras en el sistema de salud brasileño: la dificultad de acceso a servicios especializados en regiones remotas y desatendidas.

La implementación de programas de telemedicina ha demostrado ser una herramienta eficaz para mejorar el acceso a servicios de salud en poblaciones vulnerables, particularmente en áreas rurales. Estos programas han permitido diagnósticos más oportunos, facilitando la identificación y tratamiento de condiciones de salud de manera rápida y efectiva.<sup>(9,10)</sup>

Respecto al impacto de los principios bioéticos en la toma de decisiones se obtuvo que:

Los principios de la bioética (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) jugaron un papel central en la toma de decisiones. Sin embargo, su aplicación enfrentó desafíos en contextos de escasez de recursos o conflictos culturales. Por ejemplo, el estudio de Ma *et al.*<sup>(17)</sup> en China revela cómo la preferencia de los migrantes rurales por la toma de decisiones familiares entra en conflicto con el principio de autonomía individual, generando tensiones con los profesionales de la salud.<sup>(12)</sup>

El citado estudio de Ma *et al.*<sup>(17)</sup> aborda un fenómeno cultural y ético relevante en el contexto de la atención médica: la preferencia de los migrantes rurales por la toma de decisiones familiares sobre la autonomía individual, lo que genera tensiones con los profesionales de la salud. Este hallazgo refleja un choque entre los valores culturales tradicionales y los principios bioéticos modernos, que priorizan la autonomía del paciente.<sup>(13)</sup>

En cuanto a la influencia del contexto cultural y social se observó lo siguiente:

En China, especialmente en las zonas rurales, la cultura confuciana influye profundamente en las dinámicas familiares y sociales. El confucianismo enfatiza la armonía familiar, la jerarquía y el colectivismo, lo que se traduce en que las decisiones importantes, incluyendo las relacionadas con la salud, suelen ser tomadas por la familia en lugar del individuo.<sup>(3)</sup>

El estudio de Ma *et al.*<sup>(17)</sup> se basó en entrevistas cualitativas y observaciones en hospitales urbanos de China, donde se atendía a migrantes rurales. Los principales hallazgos incluyeron:

**Preferencia por la toma de decisiones familiares:** Los migrantes rurales mostraron una fuerte tendencia a involucrar a la familia en decisiones médicas, como el consentimiento para procedimientos quirúrgicos o la elección de tratamientos. Esto se debe a que consideran que la familia tiene un papel central en el bienestar colectivo.

#### **Se destacan varios dilemas éticos:**

**Autonomía vs colectivismo:** El principio de autonomía, fundamental en la bioética occidental, entra en conflicto con los valores colectivistas de muchas culturas, incluyendo la China. Esto plantea la pregunta de si los sistemas de salud deben adaptarse a las preferencias culturales o insistir en estándares universales.<sup>(9)</sup>

**Beneficencia y no maleficencia:** Los profesionales de la salud pueden sentir que están actuando en el mejor interés del paciente al insistir en la autonomía individual, pero esto puede ser percibido como una falta de respeto a las tradiciones culturales, lo que podría causar daño emocional o psicológico.<sup>(12)</sup>

Para abordar estas tensiones, Liu *et al.*<sup>(28)</sup> proponen varias estrategias para la práctica clínica:

**Formación en competencias culturales:** Los profesionales de la salud deben recibir capacitación en competencias culturales para comprender y respetar las preferencias de los pacientes migrantes rurales.

**Modelos de atención flexibles:** Los sistemas de salud deben adaptarse para permitir la participación de la familia en la toma de decisiones, siempre que esto no comprometa la seguridad o el bienestar del paciente.<sup>(6)</sup>

**Comunicación efectiva:** Es crucial establecer canales de comunicación claros y respetuosos entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias para evitar malentendidos y conflictos.<sup>(12)</sup>

**Políticas inclusivas:** Las políticas de salud deben reconocer y abordar las necesidades específicas de las poblaciones migrantes, promoviendo la equidad y la justicia cultural.<sup>(14)</sup>

El estudio de Liu *et al.*<sup>(28)</sup> subraya la importancia de considerar los valores culturales en la atención médica, especialmente en contextos de migración y diversidad cultural. Las tensiones entre la toma de decisiones familiares y la autonomía individual reflejan un desafío global en la bioética y la práctica clínica. Para garantizar una atención médica equitativa y respetuosa, es esencial integrar perspectivas culturales en los sistemas de salud y promover un diálogo abierto entre profesionales, pacientes y familias.<sup>(24)</sup>

#### **Se identificaron varias brechas en la investigación:**

**Falta de estudios longitudinales:** Escasez de investigaciones que evalúen el impacto a largo plazo de intervenciones.<sup>(19)</sup>

**Limitada representación geográfica:** Pocos estudios en regiones como África y el sudeste asiático.<sup>(21)</sup>

**Enfoque en poblaciones específicas:** Falta de investigación sobre grupos como los refugiados o las personas sin hogar.<sup>(22)</sup>

**Evaluación de costos:** Pocos estudios que analicen la relación costo-beneficio de intervenciones para pacientes vulnerables.<sup>(24)</sup>

El estudio de Martínez-Brockman *et al.*<sup>(18)</sup> realizado en el Reino Unido, constituye una investigación cualitativa que examina los desafíos específicos que enfrentan las minorías étnicas en el acceso y la calidad de la atención médica dentro del sistema de salud británico, particularmente en el contexto del National Health Service (NHS). Este trabajo es especialmente relevante en un escenario donde las desigualdades en salud basadas en la etnia persisten como un problema estructural, afectando de manera desproporcionada a comunidades como las de origen afrocaribeño, surasiático y otras minorías migrantes. Estas disparidades están influenciadas por factores como el racismo institucional, las barreras culturales y lingüísticas, y la falta de competencia cultural entre los proveedores de salud.<sup>(14)</sup> El estudio de Martínez-Brockman *et al.*<sup>(12)</sup> se enfoca en explorar cómo estos factores impactan las experiencias de las minorías étnicas en su interacción con el sistema de salud, proporcionando evidencia valiosa para informar políticas y prácticas más equitativas. El estudio identificó varios temas claves que reflejan las barreras sistémicas y culturales que enfrentan las minorías étnicas:

**Barreras culturales y lingüísticas:** Los participantes reportaron dificultades significativas para comunicarse con los profesionales de la salud debido a diferencias lingüísticas y culturales. La falta de intérpretes calificados y materiales educativos en idiomas minoritarios exacerbó estas dificultades, y limitó la capacidad de los pacientes para comprender su diagnóstico y tratamiento.<sup>(16)</sup>

**Discriminación y racismo:** Algunos participantes describieron experiencias de discriminación racial por parte del personal de salud, lo que erosionó su confianza en el sistema. Los estereotipos raciales influyeron negativamente en la calidad de la atención, y ha generado tratamientos desiguales y despersonalizados.<sup>(19)</sup>

La discriminación racial y la falta de sensibilidad cultural también son barreras significativas que afectan la atención médica de las minorías étnicas. Martínez-Brockman *et al.*<sup>(18)</sup> destacan cómo estas prácticas violan los principios de justicia y autonomía y perpetúan ciclos de exclusión y marginalización.<sup>(22)</sup>

Falta de sensibilidad cultural: Los profesionales de la salud a menudo mostraron poca comprensión de las prácticas culturales y creencias de los pacientes, lo que resultó en malentendidos y una atención inadecuada. Por ejemplo, las preferencias dietéticas o religiosas de los pacientes no fueron respetadas en algunos casos, lo que generó insatisfacción y desconfianza.<sup>(7,12)</sup>

Desconfianza en el sistema de salud: Muchos participantes expresaron desconfianza hacia el NHS, debido a experiencias negativas previas, lo que llevó a un menor uso de servicios preventivos y a un retraso en la búsqueda de atención médica.<sup>(15,18)</sup>

### **Desafíos globales en el acceso a la salud**

Los estudios analizados, como los de Kilpin *et al.*,<sup>(15)</sup> Heredia *et al.*,<sup>(12)</sup> Santos *et al.*,<sup>(23)</sup> Liu.<sup>(28)</sup> y Martínez-Brockman *et al.*,<sup>(18)</sup> evidencian los desafíos éticos y estructurales que enfrentan las poblaciones vulnerables en el acceso a la atención médica. Estos trabajos destacan la persistencia de barreras económicas, culturales, administrativas y geográficas que limitan el acceso equitativo a los servicios de salud y generan dilemas éticos profundos relacionados con la autonomía, la justicia distributiva y la no maleficencia.

En primer lugar, el estudio de Kilpin *et al.*<sup>(15)</sup> en los Estados Unidos revela cómo la falta de seguro médico excluye a millones de personas de tratamientos costosos, violando el principio de justicia distributiva. Por otro lado, el estudio de Heredia *et al.*<sup>(12)</sup> en España identifica barreras administrativas que dificultan el acceso a servicios especializados para adultos mayores en residencias. La burocracia excesiva, la falta de coordinación entre niveles de atención y la escasez de especialistas retrasan diagnósticos y tratamientos, afectando negativamente la calidad de vida de esta población. Estas barreras no solo violan el principio de justicia, sino que también plantean cuestiones éticas sobre la responsabilidad de las instituciones en garantizar una atención adecuada.

### **El papel de la telemedicina**

En el contexto de las poblaciones rurales y marginadas, el estudio de Santos *et al.*<sup>(23)</sup> en Brasil demuestra el potencial de la telemedicina para mejorar el acceso a servicios especializados. Sin embargo, este enfoque enfrenta desafíos como la falta de infraestructura tecnológica y la resistencia al cambio entre los profesionales de la salud.

### **Tensiones culturales en la atención médica**

Además, el estudio de Ma *et al.*<sup>(17)</sup> en China destaca las tensiones entre los valores culturales tradicionales, como la toma de decisiones familiares, y los principios bioéticos occidentales, como la autonomía individual.

### **Discriminación racial y barreras lingüísticas**

El estudio de Martínez-Brockman *et al.*<sup>(18)</sup> en el Reino Unido revela cómo las barreras lingüísticas, la discriminación racial y la falta de sensibilidad cultural afectan negativamente la atención médica de las minorías étnicas. Estas desigualdades violan los principios de justicia y autonomía, y exigen políticas inclusivas que promuevan la equidad en salud.<sup>1</sup>

## **DISCUSIÓN**

Diversas problemáticas y desafíos afectan la accesibilidad y calidad de los servicios de salud, especialmente para poblaciones vulnerables como adultos mayores, personas con discapacidad, migrantes y minorías étnicas. Los resultados del presente estudio evidencian una serie de dilemas ético-administrativos y legales que afectan de manera desproporcionada a pacientes vulnerables. Estos dilemas, centrados en la autonomía del paciente, la confidencialidad, la justicia y equidad, y el balance entre beneficencia y no maleficencia, reflejan tensiones persistentes en la práctica clínica contemporánea.

La autonomía se ve comprometida cuando los pacientes carecen de opciones reales para tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Biondini<sup>(29)</sup> encontró que los pacientes sin seguro en clínicas gratuitas experimentan barreras significativas para ejercer su autonomía, debido a limitaciones en la elección de proveedores y bajos niveles de alfabetización en salud. Además, los pacientes hispanohablantes mostraron una mayor inclinación hacia modelos paternalistas en la relación médico-paciente, lo que puede limitar aún más su participación activa en decisiones clínicas.

La distribución desigual de recursos en el sistema de salud estadounidense plantea serios cuestionamientos éticos. Ordóñez<sup>(30)</sup> discute cómo los sistemas de salud de seguridad social enfrentan decisiones difíciles sobre la asignación de recursos limitados, lo que puede perpetuar desigualdades en el acceso a la atención médica.

Adicionalmente, los profesionales de la salud enfrentan dilemas al intentar equilibrar el deber de hacer el bien (beneficencia) con la obligación de no causar daño (no maleficencia), especialmente cuando los tratamientos necesarios son financieramente inaccesibles para los pacientes. Martínez<sup>(31)</sup> señala que los enfermeros experimentan "angustia moral" al no poder proporcionar la atención necesaria debido a restricciones financieras, lo que puede llevar a un compromiso de sus valores profesionales y personales.

Por otro lado, la protección de la privacidad de los pacientes vulnerables, como los migrantes indocumentados, es un desafío constante. La falta de políticas claras y la amenaza de repercusiones legales pueden disuadir a estos pacientes de buscar atención médica, comprometiendo su salud y bienestar.

Los resultados de los estudios sugieren que las barreras administrativas y legales son un obstáculo importante para garantizar el acceso igualitario a servicios de salud. La falta de recursos e infraestructura adecuada, la fragmentación de servicios y las barreras legales para ciertos grupos, como migrantes indocumentados, dificultan la atención.

Las recomendaciones sobre la simplificación de los procesos administrativos y la mejora de la coordinación entre los niveles de atención, como la implementación de sistemas integrados de comunicación, son pasos esenciales para mejorar el acceso y la calidad de la atención. Además, la inversión en recursos humanos y tecnológicos es fundamental, no solo para reducir los tiempos de espera, sino también para acercar los servicios de salud a áreas remotas.

El estudio en Brasil sobre la implementación de telemedicina demuestra cómo la tecnología puede superar barreras geográficas y económicas, proporcionando a las personas con discapacidad en áreas rurales un acceso más equitativo a servicios especializados. Los resultados indican que la telemedicina ha permitido diagnósticos más rápidos y ha reducido los costos asociados con el transporte y la hospitalización. Este tipo de intervención es especialmente importante en países con grandes desigualdades territoriales como Brasil, donde las personas en áreas rurales enfrentan desafíos significativos para acceder a la atención especializada.<sup>(23)</sup>

El conflicto entre los principios bioéticos occidentales, como la autonomía del paciente, y las prácticas culturales tradicionales, como la toma de decisiones familiares en las comunidades rurales de China, plantea un desafío ético significativo. Los estudios muestran que los migrantes rurales, al trasladarse a zonas urbanas, traen consigo valores colectivistas que entran en conflicto con los enfoques individuales que priorizan la autonomía del paciente.<sup>(32)</sup>

Los estudios sobre las barreras enfrentadas por las minorías étnicas en el Reino Unido, especialmente en el contexto del NHS, revelan problemas de discriminación, falta de sensibilidad cultural y desconfianza en el sistema de salud. Las barreras lingüísticas y culturales limitan la capacidad de los pacientes para comprender y acceder a los servicios de salud, lo que contribuye a disparidades en los resultados de salud. La discriminación racial y la falta de competencia cultural entre los profesionales de la salud agravan estas desigualdades.<sup>(23,24,25,26,27,28,29,30,31,32)</sup>

Los resultados de estos estudios resaltan la importancia de implementar políticas inclusivas y programas de formación cultural para los proveedores de salud. Además, la provisión de servicios de interpretación y la adaptación de los sistemas de salud a las necesidades de las minorías étnicas son fundamentales para reducir las disparidades en salud y promover una atención más equitativa.

La identificación de brechas en la investigación, como la falta de estudios longitudinales, la limitada representación geográfica y el enfoque en poblaciones específicas, subraya la necesidad de una investigación más inclusiva y diversificada. Los estudios en regiones del sudeste asiático, África y otras zonas desatendidas son fundamentales para obtener una comprensión global de los desafíos de acceso a la salud. Además, se necesita una evaluación más profunda de los costos y beneficios de las intervenciones en salud para determinar su viabilidad y efectividad a largo plazo.

El estudio de Martínez-Brockman *et al.*<sup>(18)</sup> no es un caso aislado. Otros investigadores también han abordado el impacto del racismo estructural en la salud de las minorías. Heredia Guevara *et al.*<sup>(12)</sup> y Kilpin *et al.*<sup>(15)</sup> refuerzan que las barreras estructurales, como la discriminación racial en los sistemas de salud, afectan tanto la salud física como mental de las minorías. Martínez-Brockman *et al.*<sup>(18)</sup> al igual que Kilpin *et al.*<sup>(15)</sup> también destacan la persistencia de estos problemas, incluso después de ajustar por factores socioeconómicos.

En cuanto al impacto del racismo sobre la salud mental, Kilpin *et al.*<sup>(15)</sup> encuentran que la discriminación racial tiene efectos perjudiciales no solo a nivel físico, sino también psicológico. Esto está respaldado por los hallazgos de Martínez-Brockman *et al.*<sup>(18)</sup> quienes también identifican que la discriminación racial puede contribuir al estrés crónico y a trastornos mentales en las minorías.

Los hallazgos del estudio refuerzan los temas abordados en investigaciones anteriores sobre los desafíos éticos y estructurales en el acceso a la atención médica. Por ejemplo, Kilpin *et al.*<sup>(15)</sup> argumentan que la falta de seguro médico en los Estados Unidos excluye a millones de personas de la atención sanitaria necesaria, creando un círculo vicioso de desigualdad. De manera similar, Heredia Guevara *et al.*<sup>(12)</sup> apuntan a las barreras burocráticas en España que dificultan el acceso de los adultos mayores a servicios médicos esenciales, lo que refleja una problemática similar en el Reino Unido según Martínez-Brockman *et al.*<sup>(18)</sup>

El estudio de Santos *et al.*<sup>(23)</sup> sobre telemedicina en Brasil pone de manifiesto el potencial de la tecnología para superar barreras geográficas, pero también resalta los desafíos inherentes a la infraestructura deficiente y la resistencia al cambio. Este fenómeno no es único de Brasil, ya que Liu<sup>(28)</sup> también identifica limitaciones similares en el acceso a servicios médicos en áreas rurales de otros países, lo que muestra que las barreras geográficas son un desafío global.

Cabe resaltar que este estudio presenta ciertas **limitaciones**. En primer lugar, la dependencia de fuentes secundarias puede no capturar completamente las experiencias y percepciones de los pacientes y profesionales de la salud directamente involucrados en estos dilemas éticos. Igualmente, la falta de datos longitudinales impide evaluar cómo evolucionan estos dilemas y sus impactos a lo largo del tiempo.

## CONCLUSIONES

La presente revisión sistemática evidenció que los marcadores genéticos, como el ADN, los STR, los Y-STR, así como el mRNA y el miRNA, son los más utilizados en contextos médico-forenses de violencia sexual. Estos se complementan por biomarcadores enzimáticos, como la fosfatasa ácida, y proteicos como el PSA y la semenogelina. El semen fue el fluido más analizado, seguido por sangre, saliva y fluidos vaginales. No obstante, la aplicabilidad de estos biomarcadores enfrenta limitaciones significativas, tales como la degradación de biomoléculas, la escasez y dilución de muestras, la contaminación cruzada y la complejidad técnica de algunos métodos analíticos. En cuanto al impacto sobre las víctimas, los estudios revisados señalan una alta prevalencia de lesiones físicas, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y secuelas psicológicas graves, destacando el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la ansiedad y la depresión. Los resultados de estos estudios proporcionan una visión clara de los obstáculos sistémicos y culturales que afectan la calidad y el acceso al tratamiento de poblaciones vulnerables. Aunque intervenciones prometedoras como la telemedicina y los patrones de atención orientados al paciente, es importante tratar con obstáculos administrativos, legítimos y culturales para garantizar una atención justa y respetuosa. La integración de los principios bioéticos, la mejora de la educación cultural para los profesionales de la salud y la inversión en infraestructura son pasos cruciales para mejorar el sistema de atención médica y promover la justicia social durante el tratamiento.

## RECOMENDACIONES

Estudiar cómo evolucionan los dilemas éticos y sus impactos en la salud de los pacientes y en la práctica profesional a lo largo del tiempo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahuja D, Batra P, Bhatia O, Singh AK. Ethical dilemmas and conventionalism in healthcare: a scoping review. *Cureus* [Internet]. 2024 [Citado 02/05/2025];16(9):e69693. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.69693>
2. Alfandre D, Sharpe VA, Geppert C, Foglia MB, Berkowitz K, Chanko B. Between usual and crisis phases of a public health emergency: the mediating role of contingency measures. *Am J Bioeth* [Internet]. 2021 [Citado 02/05/2025];21(8):4-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/15265161.2021.1925778>
3. Alhazmi F. The ethical challenge of conflicts of interest in healthcare [Tesis Doctoral]. EE UU: Duquesne University; 2019 [Citado 02/05/2025]. Disponible en: <https://dsc.duq.edu/etd/1780>
4. Basso ML, Gebran AM, Oliveira JD, Gebran KM, Bonatto LC, Farah MC. Impressão de protótipo tridimensional (P3D) de coração para aplicação na cardiologia pediátrica: uma experiência inicial. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2021 [Citado 02/05/2025];117(4):813-6. Disponible en: <https://doi.org/10.36660/abc.20200086>
5. Byrne JM. Administrative ethics: good intentions, bad decisions. *Healthc Manage Forum* [Internet]. 2018 [Citado 02/05/2025];31(6):265-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0840470418794210>
6. Casado Blanco M, Hurtado Sendin P, Castellano Arroyo M. Dilemas legales y éticos en torno a la asistencia médica a los menores. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2015 [Citado 02/05/2025];17:e83-e93. Disponible en: <http://www.pap.es>
7. Dal-Ré R, Palau F, Guillén-Navarro E, Ayuso C. Participant-funded clinical trials on rare diseases. *An Pediatr* [Internet]. 2020 [Citado 02/05/2025];93(4):267.e1-267.e9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.03.005>
8. Cantú Quintanilla G, Gómez-Guerrero IE, Aguiñaga-Chiñas N, López Cervantes M, Jaramillo Flores ID, Slon Rodríguez PA, et al. Percepciones de pacientes con COVID-19 en el uso de principios bioéticos y la relación médico-paciente: un enfoque cualitativo. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2024 [Citado 02/05/2025];25(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01009-z>
9. Ethical dilemmas in healthcare management: a comprehensive review. *Int Med Sci Res J* [Internet]. 2024 [Citado 02/05/2025];4(6):703-25. Disponible en: <https://doi.org/10.51594/imsrj.v4i6.1251>
10. Farazmand A. *Enciclopedia Global de Administración Pública, Políticas Públicas y Gobernanza* [Internet]. Philadelphia: Springer; 2020 [Citado 02/05/2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-31816-5>
11. González Pérez I. La implementación de los centros de nacimiento en España: un imperativo ético [Tesis Maestría]. España: Universidad de La Laguna; 2017 [Citado 02/05/2025]. Disponible en: <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/31896>
12. Heredia Guevara ZT, Cervera Vallejos MF, Díaz Manchay RJ. Desafíos ético-legales en el cuidado al paciente en el servicio de urgencia: perspectiva de las enfermeras. *Cienc Enferm* [Internet]. 2022 [Citado 02/05/2025];28(7):7. Disponible en: <https://doi.org/10.29393/CE28-7DEZR30007>

13. Herrero de Miguel ML. Consideraciones ético-legales al final de la vida. A propósito de un caso [Tesis Especialidad]. España: Universidad de Valladolid; 2017 [Citado 02/05/2025]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/28400>
14. Jiménez Alés R, Sánchez Fuentes IC. Dilemas en la atención a niños cuyas familias rechazan la vacunación. *Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2018 [Citado 02/05/2025];20(77):83-93. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322018000100015&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000100015&lng=es&tlng=es)
15. Kilpin CA-M. More than words: an investigation into the patient experience of informed consent in osteopathy [Tesis Maestría]. Nueva Zelanda: Unitec Institute of Technology; 2018 [Citado 02/05/2025]. Disponible en: <https://www.researchbank.ac.nz/server/api/core/bitstreams/2a98d70e-4b97-4b29-8c52-fcce52ae01d0/content>
16. Kleinman A, Benson P. Antropología en la clínica: el problema de la competencia cultural y cómo solucionarlo. *Comprensión y aplicación de la antropología médica PLoS Med* [Internet]. 2006 [Citado 02/05/2025]; 3(10):e294. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1621088>
17. Ma C, Bao A-M, Yan X-X, Swaab DF. Progress in human brain banking in China. *Neurosci Bull* [Internet]. 2019 [Citado 02/05/2025];35(2):179-82. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12264-019-00350-3>
18. Martínez-Brockman JL, Shebl FM, Harari N, Pérez-Escamilla R. An assessment of the social cognitive predictors of exclusive breastfeeding behavior using the Health Action Process Approach. *Soc Sci Med* [Internet]. 2017 [Citado 02/05/2025];182:106-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.014>
19. Miranda Montoya MC, Bravo Chamorro J, Leegstra LM, Duque Ortiz D, Maxwell L. How do ethics review committee members weigh the risks and benefits of broad consent for data and sample sharing during a pandemic? A cross-sectional, qualitative study in Colombia [Internet]. Nueva York: SSRN; 2015. [Citado 02/05/2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.2139/ssrn.3986017>
20. National Ethics Advisory Committee. The Ethical Principle of 'Do No Harm' and Industrial Action [Internet]. Wellington: Ministry of Health; 2013 [Citado 02/05/2025]. Disponible en: <https://neac.health.govt.nz/publications-and-resources/neac-publications/the-ethical-principle-of-do-no-harm-and-industrial-action/>
21. National Ethics Advisory Committee. National ethical standards for health and disability research and quality improvement [Internet]. Nueva Zelanda: Ministerio de Salud; 2019 [Citado 02/05/2025]. Disponible en: <https://www.health.govt.nz/publication/national-ethical-standards-health-and-disability-research-and-quality-improvement>
22. Oliveira dos Santos MD, Oliveira dos Santos TE, Oliveira dos Santos AL. A confidencialidade médica na relação com o paciente adolescente: uma visão teórica. *Rev Bioét.* 2012;20(2):318-25.
23. Santos WS, de Sousa Júnior JH, Coelho Soares J, Raasch M. Reflexões acerca do uso da telemedicina no Brasil: oportunidade ou ameaça? *Rev Gest Sist Saúde* [Internet]. 2020 [Citado 02/05/2025];9(3):433-53. Disponible en: <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.17514>
24. Silva EMFD. Eutanasia e cuidados paliativos um diálogo ético e clínico no cenário da medicina contemporânea. *Rev Cedigma* [Internet]. 2025 [Citado 02/05/2025];3(5):19-26. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14838419>
25. Stivers C, Pandey SK, DeHart-Davis L, Hall JL, Newcomer K, Portillo S. Beyond social equity: talking social justice in public administration [Internet]. EE UU: ResearchGate; 2023 [Citado 02/05/2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/puar.13620>
26. Silva CGS, Barros AJ, Telles LEDB. Perspectivas éticas e legais em perícias de psiquiatria forense. *Rev Bioét* [Internet]. 2022 [Citado 02/05/2025];30(2):346-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302530PT>
27. Barboza-Solis C, Herrero R, Fantin R. Health inequalities in a middle-income country: a systematic review of the Costa Rican case. *Front Public Health* [Internet]. 2024 [Citado 02/05/2025];12:1397576. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1397576>
28. Liu K. Ethical dilemmas and legal ambiguity in China: a chain mediation model linking suicide rumination, legitimization, and acceptance among acutely-ill adults. *Front Psychol* [Internet]. 2024 [Citado 02/05/2025];14:1342798. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1342798>
29. Biondini V. Entre barreras y estrategias: experiencias de acceso a servicios de salud pública de mujeres migrantes peruanas. *Pacha Rev Estud Contemp Sur Glob* [Internet]. 2020 [Citado 02/05/2025];1:56-67. Disponible en: <https://doi.org/10.46652/pacha.v1i1.4>
30. Ordóñez HE, Merino GY, Torres LEC, Vivanco GYS. Estrategias de clientelismo y las evaluaciones de la calidad de la atención desde la perspectiva de la salud pública. *Pro Sci Rev Prod Cienc Investig.* 2024;8(55):93-100.
31. Martínez Fuquen W. Humanización de la atención en salud en las unidades de cuidado intensivo desde el enfoque bioético: aportes desde enfermería: revisión narrativa de la literatura. Colombia: Universidad de Boyacá; 2021.

32. Guerrero F. Tensiones entre autonomía y protección: análisis comparado de medidas cautelares innominadas en salud en Colombia, Chile y Brasil. Rev Via Iuris [Internet]. 2024 [Citado 02/05/2025];37:108-39. Disponible en: <https://doi.org/10.37511/viaiuris.n37a4>

**Financiamiento:**

Los autores declaran no haber recibido financiamiento externo para el desarrollo de esta investigación.

**Conflicto de intereses**

No existen conflictos de intereses entre los autores ni relacionado con la investigación.

**Contribución de autoría**

Eduardo Xavier Macías Collahuazo: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, supervisión, validación, visualización, redacción del original, revisión y edición.

Fernando Andrés Montalvo Ramos: Metodología, supervisión, validación, visualización, redacción del original, revisión.

Henry David Vásquez Vásquez: Metodología, supervisión, redacción del original, revisión.

Juan Carlos Alarcón Gavilanes: investigación, metodología, administración del proyecto, supervisión, validación, visualización, redacción del original, revisión y edición.

Todos los autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final.