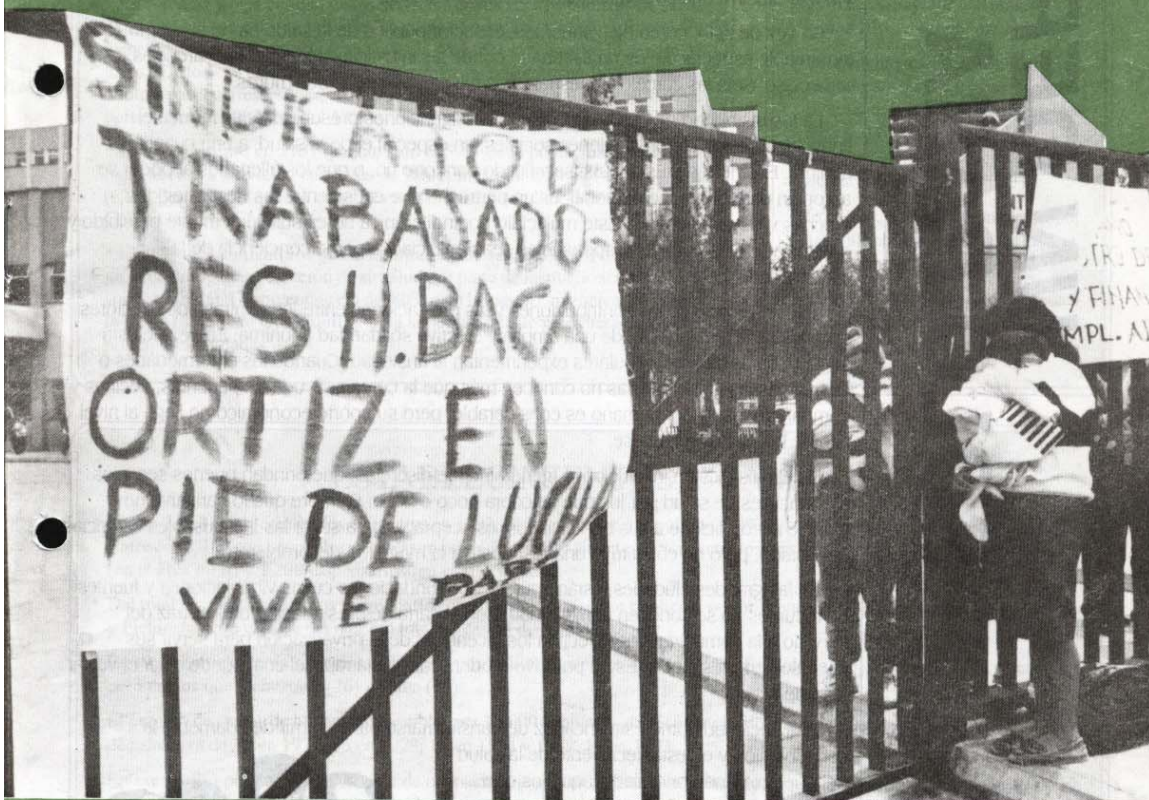


DERECHOS DEL PUEBLO

NOVIEMBRE 1994 • COMISION ECUMENICA DE DERECHOS HUMANOS • NUMERO 84



EL SERVICIO PUBLICO DE SALUD

DERECHOS DEL PUEBLO

NOVIEMBRE 1994

COMISION ECUMÉNICA DE DERECHOS HUMANOS

N. 84

EDITORIAL

UN DERECHO SOLO PARA RICOS

Aquí y ahora, no hay derecho humano que sea tan masivamente conculcado como el de la salud. La angustia ante la enfermedad o accidente grave ronda a diario en los pensamientos y conversaciones de la gente pobre.

En el vasto campo donde deberían juntarse la educación y la acción para el fomento de la salud, su protección y su recuperación, atraen más la mirada los servicios de atención curativa. «Servicios» y «atención» entre comillas, pues estas palabras agradables al oído no reflejan lo observado; en muchos casos, la verdad obliga a adjuntarles adjetivos severamente restrictivos. Esta realidad reclama, a silenciosos gritos, ser conocida; una vez más nuestra publicación se hace eco de ella. Universalidad, solidaridad y eficiencia son, según las organizaciones democráticas del país, los tres principios rectores de la acción a llevarse bajo la dirección, coordinación y control del Estado. A éste le corresponde poner al alcance de todos los habitantes los servicios gratuitos o altamente subsidiados de sus programas y establecimientos, organizar y hacer efectiva una amplia cobertura de seguro social.

En vez de esto, como bien sabemos, el sector público de la salud da de sí mismo el lamentable espectáculo de un escenario donde las injusticias acentúan las carencias de toda clase. Solo las cárceles muestran más miseria dentro de sus muros.

La insensibilidad de quienes deciden las asignaciones presupuestarias reduce el financiamiento de las prestaciones sociales, en especial el de la salud, a una cuantía mínima. El dinero del Estado así sacrificado para otro fin, o que los allegados al poder se apropian para provecho personal, es un pertrecho que causa entre los desprotegidos muchas víctimas mortales. Este multicidio por indiferencia no es

suficientemente percibido y denunciado para que sus responsables sean enjuiciados por la conciencia de la colectividad.

El justo reparto de las contribuciones y las prestaciones entre los contrastados sectores sociales sería la expresión de una amplia y efectiva solidaridad anónima. En vez de esta seguridad, las familias populares experimentan la ansiedad. Cuando las enfermedades o desgracias las golpean, ellas no conocen más que la cercana ayuda de parientes, vecinos y compañeros; su valor humano es considerable, pero su aporte económico no llega al nivel alto de los gastos a pagarse.

En el país existen instituciones, generalmente discretas, que brindan buenos servicios asistenciales de salud por los que se cobra poco o nada. Siempre que lo caritativo no humille ni condicione a sus beneficiarios, es aceptable para suplir las inexcusables carencia; del Estado, pero no constituye una respuesta a la magnitud del problema. En las grandes ciudades, están apareciendo fundaciones cuyas vinculaciones y fuentes de recursos no se conocen con claridad. Con la carta de presentación o el disfraz del servicio a la comunidad, aprovechan los incentivos de la privatización para servir sus intereses empresariales. Es un paliativo modernizado, a la raíz del cual puede estar el vulgar afán de lucro.

Una sociedad como ésta, incapaz de transformarse para asumir debidamente la conservación y el restablecimiento de la salud del pueblo, dando prioridad a aquellos que más necesitan, no puede ocultar este vergonzoso estigma: el rechazo al enfermo y al anciano condenados, por carecer de dinero, a morir solos y sin cuidados en su cama. A estos extremos degradantes lleva el escandaloso deterioro del actual sistema de salud.

ALGUNAS CIFRAS QUE MUCHO DICEN COBERTURA

Clases de servicios de salud a los que acude la población ecuatoriana (1986)

Centros públicos	28.6%
Centros privados	30.0%
Medicina familiar	37.3%
Sector informal	4.1%

100.0%

* La carencia y baja calidad de los servicios en los centros públicos de salud explican que los centros privados sean más buscados, a pesar

del costo de atención mucho mayor en la gran mayoría de éstos (96% de ellos tienen fin de lucro). De los 429 establecimientos hospitalarios existentes en 1992, 244 eran clínicas particulares, esto es, el 57% del total, con tendencia al aumento de este porcentaje (en 1982, era del 47%).

* UNICEF estimó en 1987 que tan solo el 59% de la población ecuatoriana tenía acceso a servicios curativos de salud, más que Bolivia (43%) y Perú (52%) pero menos que los otros tres países del área andina (Venezuela 65%, Colombia 81%, Chile 85%). * El 78% de los miembros de las familias encuestadas por el INEM en 1988

no tenían ninguna protección de su salud por parte de instituciones de seguro social o similar. El porcentaje era del 80% para la región amazónica, 84% para la Costa (82% para Guayaquil) y para la población que vive fuera de las dos principales ciudades.

PERSONAL MEDICO

* En 1984-1989 había 820 habitantes y por médico en Ecuador, menos que en Colombia (1.230) y Perú (1.040) pero más que en Venezuela (700), Cuba (530), Uruguay (510) y Argentina (370).

* El número de médicos que trabajan en establecimientos de salud del país (57% de ellos viven en Pichincha y Guayas) subió de 8.6 por 10.000 habitantes en 1982 a 12.0 en 1992 (19.8 en Pichincha y 19.0 en Azuay, pero solamente 5.0 en los Ríos y 4.2 en Sucumbíos).

El aumento es proporcionalmente mayor para las enfermeras (respectivamente 1.9 y 3.9) y las obstetras (0.3 y 0.6), menor para los odontólogos (1.3 y 1.7) y los auxiliares de enfermería (11.5 y 12.3).

* En 1991, había 18.6 médicos por 10.000 habitantes en el área urbana solamente 3.2 en el área rural.

En 1982, 18.6% del personal médico hacían medicatura rural; en 1992 el porcentaje fue solo de 9.6%.

ESTABLECIMIENTOS Y CAMAS

* De los 3.312 establecimientos existentes en 1992, 88% son del sector público (70% del Ministerio de Salud, 10% del IESS)

Entre éstos, 172 son hospitales y 2.759 son establecimientos sin internación, entre los que se cuentan 1.220 subcentros de salud (en el área rural) y 1.208 dispensarios (en el área urbana).

* Del total de establecimientos hospitalarios con internación (sector público y sector privado), el 45% se encuentra en Guayas y Pichincha, con el 60% del número total de camas disponibles.

* En 1987, Ecuador tenía 17 camas de hospital por 10.000 habitantes, más que Haití (8), Bolivia (13), Colombia (15) y Perú (15) (pero menos que Venezuela (26) y Cuba (50)).

* El número de camas de hospital disponibles por 10.000 habitantes del Ecuador ha disminuido progresivamente en las últimas décadas; era de 19 en 1974, 18 en 1979, 17 en 1984 y 1989,16 en 1993.

* En ese mismo período, el porcentaje de ocupación de camas disponibles ha bajado de 67.1% en 1974 a 56.5% en 1993. En cambio, el rendimiento (número promedio de pacientes egresados en el año por cada cama) se elevó de 22 en 1974 a 33 en 1993 (102 para el conjunto de las maternidades, 124 para la Enrique Sotomayor de Guayaquil), mediante la disminución del número promedio de días de estada (y eventualmente poniendo pacientes en camillas o dos en una misma cama), lo cual permitió compensar en parte la insuficiencia del número de camas, pero en detrimento quizás del pleno restablecimiento del hospitalizado.

LO QUE SUFREN Y DENUNCIAN LOS USUARIOS

¿POR QUE NO ACUDEN A LOS SERVICIOS O LO HACEN RARA VEZ?:

Número de respuestas en % del total

"Hay que esperar mucho para que lo atiendan"	19.3%
"El personal no siempre atiende"	15.0%
"El médico no asiste"	13.4%
"Los médicos no siempre aciertan en los tratamientos y curaciones"	9.4%
Prefiere curarse con hierbas y otros remedios caseros	9.4%
"No brindan buen trato en los trámites"	9.0%
Prefiere hacerse atender con curanderos, parteras, brujos, etc.	6.2%
No conoce que hay los servicios	3.8%
"Cobran los servicios"	3.1%
No hay ningún problema	10.3%

Fuente: encuesta a 940 usuarios en 8 provincias, realizada por el Ministerio de Salud Pública. 1992

La atención en los hospitales públicos, en especial los del Ministerio de Salud, es objeto de constantes y generalizadas quejas de los pacientes y de críticas por parte del personal de estos establecimientos. Cada año, reportajes periodísticos relatan situaciones de graves deficiencias y recogen testimonios impresionantes.

Muchos equipos se encuentran en malas condiciones, por estar viejos o mal mantenidos. Una auditoría externa del IESS realizada en 1986

estableció que, de 813 equipos registrados en el Hospital Carlos Andrade Marín, de Quito, 246 (30%) se hallaban en mal estado. El daño de un solo aparato puede paralizar toda la unidad en la que es indispensable para su funcionamiento. Una situación opuesta pero con iguales consecuencias es la de los locales recién construidos e instalaciones nuevas que no han entrado en servicio, ya sea por no estar montados los costosos equipos importados, que quedan encajonados y arrinconados durante meses o años, debido al queme importismo o a la excesiva reglamentación burocrática para entregarlos, sea por no disponerse de especialistas entrenados para su manejo. La capacidad instalada, como la de las camas, es a menudo subutilizada por motivo de descuido o facilidad o por interés personal de los responsables, los cuales recomiendan a los pacientes acudir a clínicas privadas mejor equipadas y, obviamente, caras.

Los insumos indispensables faltan o son muy escasos en casi todos los establecimientos. Los enfermos deben comprar las medicinas recetadas y hasta la gasa, el algodón y más materiales para sus curaciones, a menudo traer sábana y cobija para la cama que ocupan.

La insuficiencia de recursos económicos es la causa de las diversas carencias señaladas. Los presupuestos de gastos elaborados por los establecimientos son recortados antes de su aceptación por los Ministerios de Salud y Finanzas y de su aprobación por el Congreso; lo son también después, durante el período de ejecución.

La proporción del presupuesto general del Estado destinada a la salud pública, variable según los años, es mínima. Se encuentra muy por debajo del 20% recomendado por la Organización Mundial de la Salud, inclusive inferior al 10% reclamado por la Academia Ecuatoriana de Medicina. Se viene criticando con razón el que la salud,

MEDICINAS INALCANZABLES

Los precios de las medicinas en Ecuador aumentaron más de 500 por ciento en los últimos seis años. Según datos oficiales, un 30% de los 11 millones de ecuatorianos no tienen actualmente acceso a las medicinas y muchos podrían morir al no poder comprar ni siquiera un antibiótico.

Un estudio realizado por el Instituto Mundial de la Salud reveló que en los últimos dos años el aumento anual en el precio de las medicinas en el Ecuador fue el más alto de la subregión andina y que, dentro de ésta, ese país es el de menor consumo por habitante de medicamentos, luego de Perú.

El actual gobierno conservador prevé liberalizar totalmente el mercado de medicamentos. El plan aún no se ha logrado concretar en su globalidad, lo cual ha motivado críticas de parte de la Asociación de Industrias e Importadores de Productos farmacéuticos (Asovrofar), gremio según el cual sólo la competencia permitirá que los valores de las medicinas se incrementen de una forma mucho más lenta. La Asociación sugiere al gobierno otorgar un «subsidio directo y focalizado» a los sectores más pobres del país para que puedan adquirir medicinas.

Sindicatos del sector público de salud rechazan los planes para liberalizar totalmente el precio de las medicinas y piden al gobierno crear subsidios globales para beneficiar a toda la población.

Primera deuda social del Estado junto con la educación, recibe las migajas de los ingresos fiscales, dedicados en prioridad a rubros tan discutibles como son los de la deuda externa y del armamento. El Ecuador es uno de los países sudamericanos que menos gasta en la salud con relación a su producto interno bruto.

La mayor parte de los ingresos de los presupuestos de la salud pública sirve para remunerar al personal, cuyo número ha crecido de manera constante (por ejemplo, de 6.7 empleados por 10.000 habitantes en 1970 a 21.2 en 1984) mientras que su remuneración real, en términos de capacidad adquisitiva, ha disminuido año tras año.

En el rubro del personal como en los demás, al déficit cuantitativo existente (sobre todo en ciertas categorías o especialidades como odontólogos y obstétricas) se suman las deficiencias cualitativas, vinculadas con la formación recibida y el grado de conciencia profesional. No es posible dar una apreciación global que sea ponderada y justa acerca de la capacidad y responsabilidad, por ser las actitudes y conductas tan diversas como las personas.

Lo que se puede decir es que las pésimas condiciones de trabajo explican el desánimo que lleva a muchos buenos profesionales a perder su motivación de servicio o a renunciar a su puesto, o su empeño en reclamar mejores remuneraciones recurriendo a prolongados paros de actividad que cierran las puertas a los pacientes (salvo para casos de emergencia).

Por otro lado, se conocen empleados poco responsables y médicos de planta más inclinados a llevar a los pacientes a su propia clínica particular que a atenderles en el hospital, y otros que, siendo culpables de graves negligencias médicas, no son sancionados (los

Colegios de Médicos se muestran más interesados en defender a sus afiliados que en investigar los hechos para responder a las denuncias).

Se pretende encontrar una solución al problema del desfinanciamiento de los establecimientos, imponiendo a los usuarios el pago de tarifas por la atención recibida, para cubrir una parte de los gastos de funcionamiento. A nombre de la deseable autogestión, llamada a sustituir al «paternalismo» estatal, las actuales autoridades de salud han tratado de justificar cobros considerablemente subidos, inclusive cobrar por la consulta externa que hasta hace dos años atrás era gratuita. Si bien se ha dicho que el pago se hará en proporción de los recursos económicos de los pacientes (cinco categorías han sido previstas) y que no se cobrará a los que no pueden pagar, esta medida ha levantado una ola de protestas por parte de los usuarios y del mismo personal de salud a lo largo y ancho del país, generando una práctica caótica en la que los responsables, a menudo respaldados por los trabajadores, han fijado tablas de cobros realistas para su propio establecimiento. De todos 10 modos, el usuario no tiene la garantía de que sus aportes sean equitativamente cobrados y honradamente utilizados, ni la de ser atendido si no puede pagarlos.

DESATENCIÓN FATAL

La señora Sonia Rubio fue ingresada al Hospital del Sur, en Quito, el 25 de enero de 1994 a raíz de un accidente de tránsito en el cual sufrió la fractura de varias vértebras y presión en la médula. Durante quince días parecía que estaba bien pero necesitaba una operación. Cuando la familia preguntaba por la fecha, los médicos contestaban que no había sala; además, la familia tenía que comprar una placa que costaba 250.000 sucres, cantidad que pidieron prestada de una iglesia. Finalmente se realizó la operación y el médico dijo a la hermana de Sonia que todo salió bien y que no tuvo que utilizar la placa. Sin embargo, Sonia tenía una infección pulmonar grave. Miembros de la familia pasaron todo el tiempo con la paciente para hacer las curaciones y succiones porque le habían practicado una traqueotomía. Durante dos días, los familiares no pudieron ir al hospital y cuando regresaron Sonia tenía grandes escaras en los glúteos. Seguía empeorando; considerando que no recibía la atención necesaria, el 27 de abril la familia llevó a Sonia a la ABEI, Asociación de Beneficiencia para Enfermos Incurables, donde murió el 3 de mayo. (Denuncia recibida por la CEDHU)

RECIENTES ATROPELLOS

TORTURA

Quito

- El 5 de octubre, Giorgi Velásquez, turista colombiano, se encontraba en una cafetería de la avenida Amazonas. Súbitamente aparecieron agentes de INTERPOL, quienes le acusaron de robo de un revólver. Sus captores le arrastraron al interior de un automóvil; adentro, le golpearon y amedrentaron con un arma. Momentos después, Velásquez fue conducido a un centro de detención. Ahí, reiteradamente, le golpearon con los puños en el rostro; además le colgaron de los pulgares. Tras el interrogatorio, los agentes concluyeron que era inocente, dejándole en libertad; antes, le advirtieron: «Si te encontramos, nuevamente ocurrirá lo mismo».

- El 30 de septiembre, agentes de la OID detuvieron al taxista Luis Roche, quien había sido acusado de asalto y robo. Al día siguiente, los investigadores cabos de Policía Agustín Navarrete y Proaño subieron al detenido a la terraza de la OID-Pichincha, interrogándole mediante presión de los brazos hacia atrás, y lanzándole contra el piso; además le dieron golpes de puño y patadas. En esa dependencia permaneció tres días incomunicado, privado de alimentos, luego fue trasladado al Centro de Detención Provisional. A tres semanas del suceso, el detenido presentaba dolor de las costillas, a causa de los golpes recibidos durante el proceso de investigación.

AGRESIÓN FÍSICA

Quito

El 10 de septiembre, en horas de la noche, Sergio Salvador y otros jóvenes del barrio La Recoleta jugaban en el parque ubicado frente al Ministerio de Defensa; de pronto, militares que hacían guardia en esa dependencia conminaron a los jóvenes a salir del lugar; uno de los muchachos demoró en acatar la orden» por lo cual fue agredido. Sergio Salvador pidió a los guardias que pararan la golpiza, pero éstos respondieron con golpes de puño y patadas. En estado inconsciente fue embarcado en el compartimiento de atrás de una camioneta; pisoteándole lo llevaron a la instalación militar El Sena. Ahí continuaron maltratándole y para que reaccione le echaban agua. La abuela del joven, avisada por los vecinos, llegó al recinto militar. Encontró a su nieto tirado en el piso junto al sitio de guardia, semidesnudo, mojado e inconsciente. Este tuvo que ser atendido en una casa de salud.

VIOLENCIA EN EL CAMPO

Bolívar

En agosto, los miembros de la Asociación de Productores Agropecuarios del Litoral (APAL) denunciaron al Congreso Nacional los frecuentes atropellos que cometen los miembros de una junta anticuatrera que actúa en las parroquias Moraspungo y San Luis de Pambil. La junta anticuatrera está integrada por algunos miembros del Comité prodefensa del campesinado de Pangua, quienes afirman tener personería jurídica, otorgada en mayo de 1993. Según la denuncia, sus miembros, que portan armas y visten ropa militar, violan domicilios, amenazan, detienen y agreden a campesinos. 22 de marzo, a las diez de la noche, Luis Quilla, teniente político auxiliar de San Luis de Pambil, en compañía de José Paredes y algunos miembros de la junta anticuatrera, allanaron el domicilio de Fernando Dáger, médico veterinario y presidente de APAL, acusando a éste del robo de un cerdo de propiedad de la junta.

El mismo día, José Paredes, Luis Quilla y otras cinco personas allanaron el domicilio del agricultor Vicente Rodríguez. A nombre de la junta anticuatrera, acusaron al agricultor de «haberse; comido cinco cerdos y robado otro»; una de estas personas le amenazó con un garrote, otras portaban armas blancas y ;de fuego. Meses atrás, José Paredes había amenazado de muerte a Vicente Rodríguez, si éste ganaba un litigio de tierras que les oponía uno a otro.

"Las acciones de una junta similar, en mayo de 1989, trajo como consecuencia la muerte bajo tortura de Sélvido Uves, en la parroquia Caluma de esa provincia.

DESALOJO

Manabí

El 3 de septiembre, 40 familias pobres, miembros del Comité pro-mejoras Brisas del Mar, del cantón Pedernales, fueron desalojadas por varios policías, vestidos de civil, entre ellos un teniente de apellido Veloz. Los policías entraron al predio y llevaron detenidas a tres personas. Una de ellas, Ruth Rodríguez, catequista y secretaria del Comité, fue duramente golpeada, resultando fracturado un brazo. A pesar de su estado, fue llevada a la cárcel de Portoviejo, luego a Bahía; a los cinco días logró su libertad, previo el pago de una alta fianza. Geovanny Romero y Galud García han permanecido más de un mes privados de su libertad. Se han emitido órdenes de captura contra los demás miembros del Comité.

Desde 1993, los socios de esta organización han sufrido cuatro desalojos, quema de viviendas, ataques con dinamita, detenciones y agresiones físicas. Varios de estos atropellos han sido denunciados al teniente político de Pedernales y otras autoridades, quienes no han dado trámite a las quejas. La parcialidad de las autoridades protege la impunidad con que actúa Edison Montes de Oca, con el cual el Comité está en conflicto de tierras.

«HE VENIDO PARA QUE SE ME HAGA JUSTICIA, PUES EN MI PATRIA EL ECUADOR NO LA HAY»

El 17 de septiembre, en una de las audiencias del período de sesiones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) de la OEA, en Washington, comparecieron las señoras Rosa Cevallos de Benavides y Nelly Benavides, madre y hermana de Consuelo Benavides Cevallos, desaparecida en diciembre de 1985 tras ser capturada por elementos de las Fuerzas Armadas.

Durante sus exposiciones, no solo denunciaron la violación del derecho a la vida sino también la falta de garantías judiciales. Se reclamó por la denegación de justicia que se ha dado en este caso, pues han transcurrido cerca de nueve años de angustioso andar por juzgados y cortes, sin lograr una sentencia definitiva. Los abogados del Centro de Acción Legal en Derechos Humanos, de Washington, señalaron la gravedad del caso, especialmente por la posibilidad de que la acción penal prescriba, con lo cual el delito quedaría en la impunidad.

«Tengo ochenta años y estoy perdiendo mi salud, no puedo seguir con esto mucho más tiempo, quiero que se haga justicia», dijo la madre. Nelly Benavides aclaró: «por la incapacidad de administrar justicia y la politización de la función judicial, hemos acudido ante la Comisión».

La familia Benavides espera que la Comisión presente su caso a la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la misma que condenó al Estado de Honduras por la desaparición de Saúl Godínez y Alfredo Velásquez, dictaminando que la desaparición formaba parte de la práctica sistemática y selectiva de secuestros y desapariciones que se produjo en Honduras entre 1981 y 1984. El fallo de la Corte, dado en enero de 1989, condena al Estado de Honduras a pagar una indemnización a los familiares de las víctimas, al probarse que se había violado los derechos a la vida, a la libertad personal y al trato humano de aquellas dos personas.

EN AMERICA LATINA

DESAPARICIÓN FORZADA DECLARADA CRIMEN DE LESA HUMANIDAD

OEA

La XXII Asamblea General de los Estados Americanos, reunida en Para, Brasil, acordó el 8 de junio de 1994 sancionar y declarar la desaparición forzada de personas como crimen de lesa humanidad. Reiteró que «la práctica sistemática de la desaparición forzada de personas constituye un crimen de lesa humanidad (...) es una afrenta a la conciencia del hemisferio y una grave ofensa, de naturaleza odiosa, a la dignidad humana». (Brecha, mayo-junio, 1,994)

FMI Y BANCO MUNDIAL VIOLAN DERECHOS HUMANOS

El Tribunal Permanente de los Pueblos, TPP, constituido por organizaciones humanitarias mundiales, se reunió en Madrid el 3 de octubre y dictaminó que las políticas de ajuste que imponen el FMI y el Banco Mundial han contribuido a incrementar los índices de morbi mortalidad. Violan los derechos fundamentales de las personas y de los pueblos. Las nuevas normas internacionales para el comercio y la inversión socavan el derecho de los pueblos a determinar su propio desarrollo.

El TPP manifiesta que «solo el 7% del comercio mundial se encuentra en conformidad con los principios del libre comercio. De los 24 países de la OCDE, Organización de Cooperación y Desarrollo Económico, 20 son más proteccionistas de lo que eran hace 10 años». (IPS, 3/X/94).

VIOLACIONES SEXUALES COMO ARMA DE REPRESIÓN

Haití

Según un informe de Human Rights Watch, existe un alarmante patrón de violaciones sexuales por miembros de la policía y militares, quienes actúan con absoluta impunidad. Usan las violaciones sexuales para castigar e intimidar a mujeres por sus posiciones políticas o para aterrorizarlas durante redadas violentas en los barrios de partidarios del presidente Aristide. Una coalición de entidades de mujeres haitiana y de otros países llevaron su planteamiento a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos afín de que los delitos sexuales-perpetrados por el régimen militar haitiano en contra las mujeres sean investigados y sancionados. (Boletín Encuentro Haití- América Latina, 12/VIII/94)

AUTORIZACIÓN PRESIDENCIAL PARA ELIMINAR INSURGENTES Perú

El presidente Alberto Fujimori autorizó el 13 de octubre a la policía para eliminar a todos los miembros de Sendero Luminoso que no acepten rendirse a partir del mes próximo, al expirar el plazo de la llamada ley de arrepentimiento. Pidió que capturen con energía o eliminen a los guerrilleros que no se rindan. (IPS 13/X/94)

ADMITEN USO DE TORTURA Brasil

El general Adyr Fiúza de Castro, en el libro «Los años de plomo. Memoria militar sobre la represión» justifica el uso de la tortura como método de investigación. El general, que dirigía el Centro de Operaciones de Defensa Interna, uno de los principales grupos de represión durante el régimen militar de 1964 a 1985, manifiesta que durante el interrogatorio a un preso político, «cuando no se tiene tiempo, o se desiste del interrogatorio o se aplican métodos violentos». Recomienda «una cierta dosis, por lo menos, de tortura psicológico, como por ejemplo botar a un sujeto a una celda con una cobra.» (Noticias Aliadas 8/IX/94)

POBLACIÓN TEME REEDICIÓN DE DOCTRINA DE SEGURIDAD NACIONAL Argentina

La creación de una Secretaría de Seguridad y Protección de la Comunidad, que tiene poder sobre todas las fuerzas de seguridad, va acompañada por un proyecto de ley antiterrorista, a través de la cual se pretende aumentar la autoridad policial para llevar a cabo interrogatorios de sospechosos y testigos, implementar requisas y mantener incomunicados durante un período de 12 horas a los detenidos sin dar aviso al juez.

Estas facultades policiales, que estuvieron vigentes durante la dictadura militar de 1976-1983, fueron derogadas en 1983. El hecho de que la policía pueda volver a interrogar a los detenidos hace recordar la aplicación de torturas a presos comunes y políticos para obtener declaraciones. Una encuesta realizada demuestra que 54% de la población rechaza que se dé más poder a la policía. (ALAI 12/IX/94)

LA PRIVATIZACIÓN EN SALUD

Dr. Jaime Breilh

Centro de Estudios y Asesoría en Salud, CEAS

Todos estamos inconformes con las fallas y malos tratos que sufrimos en distintas instituciones públicas y, por eso, nos contentamos cuando se habla de modernización del Estado y estamos tentados a aceptar tal como salida la privatización de los servicios. Lamentablemente, un análisis más cuidadoso nos hace ver que toda esa campaña sustentada por los grandes empresarios en el poder se basa en ideas falsas que esconden una gran trampa que se le está tendiendo al pueblo ecuatoriano. En efecto, las investigaciones realizadas en diversos países de América demuestran que lo que se ha llevado adelante a nombre de la modernización, y esgrimiendo las privatizaciones del sector salud como panacea, constituye solamente hábiles recursos de una estrategia de los monopolios para desmontar los servicios sociales del Estado que, desde su punto de vista, constituyen una carga no rentable y para convertir dichos servicios, como los de salud, en mercancías vendibles. Esa maniobra de los dueños del país, no solo que implica una conculcación perversa del derecho humano a disponer de la mejor atención en salud que permita la técnica actual, sino que no ha demostrado ningún efecto favorable en los países de América donde ya se adelantó el neoliberalismo con sus recetas. Retroceso y terribles limitaciones han significado para los pueblos de Chile y Estados Unidos, no para sus élites privilegiadas, los sistemas altamente privatizados y el cambio de las instituciones públicas de salud en negocios controlados por los monopolios de las empresas privadas aseguradoras, las transnacionales farmacéuticas y las empresas hospitalarias.

LA DOCTRINA NEOLIBERAL

Un investigador mexicano describió acertadamente al modelo neoliberal como un verdadero «bulldozer» económico y político, creado para demoler las políticas y prestaciones sociales del Estado, con el fin de disminuir el gasto en la población y garantizar la recuperación de economías en crisis como la de Estados Unidos. La anunciada convalecencia del liderazgo económico norteamericano, con la remozada competitividad de sus capitales, se ha hecho posible a costa del retroceso social de pueblos como los del Ecuador, donde los recursos económicos del Estado se han volcado en beneficio de los monopolios.

Cada vez que a usted le cobran en un hospital público lo que antes le entregaban gratis o a un precio bajo subsidiado como un derecho, esos sucos que dejó de gastar el Estado han ido a parar fuera del país; cada vez que se deja de invertir en el mantenimiento de los hospitales del Seguro Social y se dejan de pagar las prestaciones, es porque se están beneficiando algunas empresas; cada vez que el Estado deja que se desmejoren algunos servicios y quita fondos de su mantenimiento, es porque se está preparando el zarpazo para convertir ese servicio en un negocio o destruirlo quitándose la competencia pública.

Tras de cada funcionario privatizador, tras de cada empresario que propaganda a las supuestas bondades de las privatizaciones en salud, tras de cada médico poderoso o vocero de los poderosos que esgrime las conocidas recetas privadas? para la salud que tanto impulsan el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, hay un interés creado, hay un negocio jugoso que se prepara, a vista y paciencia de los ecuatorianos que, por nuestra confusión o por indiferencia, nos estamos dejando arrebatarse derechos conquistados. Se dice que no hay recursos para mantener hospitales públicos como servicios subsidiados mientras se puede destinar miles de millones para ingresos fantasmas vinculados al poder.

Tenemos que tomar conciencia y movilizarnos en contra del festinamiento de los pocos servicios que el pueblo con su lucha ha logrado conquistar como defensa presente de nuestra vida y como garantía de un futuro para nuestras hijas e hijos. Cuando la salud se vende como cualquier otra mercancía es un producto muy caro ¿Si desaparece el Seguro Social y sus servicios, si todos los hospitales públicos pasan a ser empresas, quiénes van a tener acceso a esas facilidades?

EN CHILE Y ESTADOS UNIDOS

Algunas personas piensan que los sistemas de salud privados, es decir aquellos que se establecen como negocio, son la respuesta a los males de que adolecen los programas estatales y de la Seguridad Social y creen que ese es el camino para dotar a todos los ecuatorianos de unos servicios eficientes, humanos y sin burocracia. Voy a mostrar con los dos ejemplos de Chile y Estados Unidos que nada está más lejos de la verdad que esa idea favorable a la privatización. Es necesario, sin embargo, anticipar una explicación. Una política de salud completa debe enfrentar dos tipos de problemas: la atención de casos individuales de enfermedad y la defensa de la salud de las

colectividades que laboran en fábricas, oficinas, barrios, escuelas y comunidades rurales. Sólo una combinación adecuada de lo curativo y lo preventivo logra en un país una recuperación real de la calidad de vida y salud. Una política de salud moderna —para los que tanto hablan de modernización— sólo puede darse en la aplicación eficiente de tecnología preventiva y servicios curativos efectivos a los que todo el mundo tenga acceso.

Cuando observamos el caso chileno, notamos que ocurre exactamente lo contrario. En Chile, desde 1951 hasta 1973 se había implantado un Sistema Nacional de Salud que, como lo han reconocido muchos expertos, llegó a ser uno de los mejores de Suramérica: con amplia cobertura de servicios, fuertes programas preventivos y con una marcada presencia de un espíritu solidario bastante avanzado, con buena medicina de hospitales, amplia cobertura, un considerable impulso a la investigación y, en definitiva, un concepto solidario de las políticas de salud que hizo surgir en dicho país una importante cultura sanitaria. Fue la época de oro de un sistema de salud que se proyectaba como gran proceso redistributivo y como propuesta social.

A partir del «pinochetazo» se impuso abruptamente y bajo control militar un salto de esa concepción solidaria a otra de corte individual, de resolución privada de los problemas, definida en el mercado. Para lograrlo fue indispensable desarticular el Sistema Nacional de Salud mediante una reforma de la previsión social que liberara los recursos de la seguridad social hacia lo privado. Además, los Servicios de Atención Primaria se municipalizaron, dejando a discreción de los alcaldes su privatización.

Desde 1981 nacieron los Institutos de Salud Previsional como sistemas de administración de fondos para servicios privados. En los términos previstos, los cotizantes supuestamente «eligen» por contrato privado los servicios que puedan comprar según la capacidad de sus ingresos.

Con esa modalidad empezó a pasar en Chile lo mismo que afectó crónicamente el sistema de salud de los Estados Unidos: la falta de acceso de muchos a los servicios; las notables diferencias de calidad y cobertura de las prestaciones; el aumento de los aportes de los empleados y trabajadores; el incremento vertiginoso de costos (por propaganda para competencia comercial e intermediación administrativa); el incremento descomunal de cirugía innecesaria; el desmontaje de los programas preventivos, pues la protección y promoción de la salud no son buen negocio; y todo eso, para colmo, con la persistencia de gastos del Estado en subsidios, solo que ahora invertidos en las empresas privadas de salud.

En los Estados Unidos la orientación privada de la medicina y la salud ya tocó fondo. En primer lugar, es tan grave el incremento de costos del sistema privado que, mientras los precios al consumidor subieron de 1980 al 88 en 41 %, los de la atención médica escalaron en 85% en ese mismo lapso. Los estudios realizados demuestran que ese ascenso desproporcionado no se explica por el avance tecnológico ni por el aumento del número de los derechohabientes, sino por el incremento de la facturación médica y los millonarios gastos administrativos y de propaganda. En segundo término, mientras eso ocurre, mientras los costos escalan infinitamente hacia las nubes, en ciudades como Nueva York apenas el 40% de los niños alcanza la vacunación, sólo el 3% del gasto global federal va para programas preventivos y de salud pública, y ahora existen casi 50 millones de norteamericanos sin cobertura de salud. Es que es evidente que prevenir, proteger y promover la vida humana «no es buen negocio».

Ante eso, el plan original de salud del propio presidente de los Estados Unidos —pese a que seguramente no será aprobado, debido a la presión («lobbying») de los grandes monopolios de los seguros, industria farmacéutica, empresas de servicios médicos— pone en evidencia los problemas del modelo liberal. Propugnaba una abolición de los seguros privados como intermediarios y la creación, en cada Estado, de un fondo común público donde irían todas las aportaciones, controlado por agencias públicas con representantes de la población o cooperativas sanitarias. Además, el plan establecía dos regulaciones frontalmente opuestas a los monopolios: el Estado Federal será el único comprador de farmacia, lo que significaría en la práctica la generalización del uso de medicinas genéricas —ahora ya copan el 60% del consumo— y la reglamentación de cupos para la formación de especialistas, estableciéndose la prioridad de médicos generales y salubristas, que deberán ocupar el 50% de las plazas. Finalmente el «Plan Clinton» consideraba la participación popular en consejos de usuarios que formarían parte de comisiones para la evaluación de la práctica médica y el establecimiento de juicios de mala práctica.

AQUÍ. MIENTRAS TANTO...

Mientras en la meca del capitalismo se debate una intervención estatal reguladora y se recupera el principio de financiación solidaria de los servicios, nuestros gobernantes, «más papistas que el papa», están de ida cuando sus mentores están de vuelta. Caricatura dolorosa del aprovechamiento tardío de una clase dominante que se ha engeguecido por la compulsión del lucro. El Fondo Monetario Internacional cierra filas con el capital monopólico, proponiendo para

el llamado sector social una estrategia de cuatro componentes: primero, la disminución del gasto social; segundo, la focalización del gasto en regiones o poblaciones de extrema pobreza y explosivas; tercero, la descentralización de los programas del Estado pero sin recursos y sin poder local verdadero; y, finalmente, la privatización de los recursos y servicios estatales. El Banco Mundial refuerza en su agenda la propuesta neoliberal, planteando el cobro de servicios, el uso efectivo de recursos no estatales, como fundaciones y ONGs, entre otras cosas.

¿Es que realmente nos conviene seguir el camino de las privatizaciones en un país donde es tan poca la capacidad adquisitiva de los salarios y donde existe tanta desigualdad? ¿A quién beneficia las privatizaciones?

LINEAMIENTOS PARA UNA POLÍTICA

Los principios

- Universalidad (extensión de la cobertura a toda la población a través del sector público)
- Equidad (acceso de todos los habitantes ecuatorianos a los mismos servicios en todo el país)
- Integralidad (interpretando la salud en su sentido más amplio)
- Descentralización
- Participación

El quehacer

Tres grandes prioridades:

- Defensa y promoción de condiciones humanas y saludables en los ámbitos de trabajo;
- Defensa de la calidad del consumo, los servicios de salud y afines y las condiciones saludables de la vida doméstica;
- Defensa de las condiciones saludables del medio ambiente y protección de los procesos naturales.

Los mecanismos para el quehacer conjunto desde el Estado y las organizaciones populares

Desarrollo de un sistema nacional de salud y seguridad social;

Sistema de monitoreo estratégico y comunicación en salud, Fortalecimiento y expansión de la infraestructura de apoyo científico y tecnológico en salud.

La estrategia

Construir y ampliar espacios concretos de gestión y poder popular y de participación para que el pueblo, a través de 'sus representantes en las organizaciones, desarrolle tareas de dirección, vigilancia y formulación de propuestas específicas en salud.

Dentro de un Estado nacional democratizado, fortalecido y modernizado,

-descentralizar los órganos de decisión y lograr un sistema solidario, eficiente y de alta calidad.

Transformar la concepción de salud de la gente, superando el asistencialismo curativo, la visión medicalizada

«occidental» y biologicista de la salud, mediante un enfoque integral.,

Las personas están acostumbradas a pensar en la salud como un problema individual,-privado y médico. En realidad, la producción de enfermedades y el disfrute de defensas y salud son asuntos esencialmente sociales, al igual que las soluciones. En el largo plazo, los cambios más profundos en las infecciones, en el cáncer, en los problemas mentales, están dados mucho más por los perfiles de trabajo, de consumo, de vida cultural, de la capacidad organizativa y otras defensas sociales, que por la sola existencia de hospitales y consultorios profesionales, por buenos que éstos puedan llegar a ser, peor aún si el acceso a los servicios de salud queda librado a la capacidad de compra de los usuarios.

UNA EXPERIENCIA DE ACOMPAÑAMIENTO Coordinadora de Equipos de Salud Popular, CESAP

Cuando surge un problema complejo de salud que requiere el éxodo hacia los centros urbanos, en la familia campesina o india hay el prejuicio de la experiencia histórica: la ineficiencia, el trato segregativo y concepciones contradictorias levantan una muralla de desconfianza y miedo. El trato despótico, la reglamentación carcelaria de los centros hospitalarios profundizan la brecha entre el campo y la ciudad. A esto se suma el aspecto económico; pago de insumos y medicamentos, coimas al personal corrupto, transporte, alimentación y alojamiento de los familiares.

El ingreso hospitalario conlleva aspectos de choque con la cotidianidad popular, las normas higiénico-dietéticas van en contra de la tradición cultural y de la forma de entender el proceso curativo.

La familia es considerada por la unidad operativa, no como copartícipe en la recuperación de la salud, sino más bien como un estorbo al libre curso de la actividad interna, No se puede desconocer tampoco el Impacto que producen en el enfermo y su familia la deprimente

situación de infraestructura y el hacinamiento de las salas generales. Este impacto se aumenta cuando los pacientes son campesinos y más aún cuando son indígenas, debido principalmente a la desconfianza en la calidad de los servicios, "el desconocimiento de su funcionamiento operativo y a la falta de experiencia en la relación ciudadina.

En la otra cara de la medalla se encuentran los trabajadores de la salud, en su mayoría procedentes de sectores pauperizados de la ciudad y el campo; han recibido pasivamente su rol dentro de una estructura jerárquica que influye en su comportamiento social y en su respuesta laboral, Su conciencia social se acalla en la rutina, el exceso de trabajo, la sumisión a la estructura de dirección, Sumándose la poca eficiencia de su acción, tenemos sectores que de manera explícita o embozada desean encontrar un objetivo trascendente a su labor. Esta realidad no es reconocida por los responsables del Estado, ni por las organizaciones de trabajadores hospitalarios.

La respuesta al conflicto generado ha sido desviada a través de la concepción filantrópica deservicio social o voluntariado de índole curativa, dándose una práctica paternalista que no reconoce el derecho a un trato digno,

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Para enfrentar esta situación, la CESAP propone el apoyo de su equipo de referencia y contrareferencia. Las responsabilidades de ese equipo son:

- Receptar con suficiente anticipación las solicitudes que incluyen los datos del paciente enviado por una organización popular o un equipo de salud de la CESAP; el tipo de atención, la casa de salud y el médico requeridos. Realizar el trámite para conseguirlos turnos, avisar telefónicamente el resultado.
- Recibir al paciente, explicarle los pasos a seguir y el horario, conducirlo al sitio de hospedaje.
- Acompañar al paciente a la cita médica, orientarle en el funcionamiento de la casa de salud, asistir al examen del paciente, procurando se dé a éste todas las explicaciones sobre su problema y los resultados del tratamiento, recoger los datos para realizar la contrareferencia,
- En caso de hospitalización, el equipo acompaña al paciente y le deja con el contacto hospitalario de CESAP en, este centro asistencial,

El paciente debe traer dinero para gastos de hospital. La CESAP no financia costos de transporte, estadía, alimentación, medicación o exámenes complementarios.

La contrareferencia recoge el proceso vivido por el paciente en los siguientes aspectos:

- la Información sobre las acciones de recuperación realizadas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- el informe de los gastos,
- el grado de participación del paciente, la familia, el equipo de salud local, la organización popular,
- las sugerencias para que el equipo local mejore la referencia, la información y la capacitación de las organizaciones.

UN COMPONENTE EDUCATIVO

Es evidente que este programa tiene aspectos asistenciales que en cierto modo están aliviando la presión sobre los centros estatales y facilitando la labor de los servicios de trabajo social de los mismos. Lo que aleja este programa de CESAP del asistencialismo filantrópico es sobre todo, la existencia de una real vinculación con sectores organizados del campo que viven su propio proceso de atención primaria de salud y de autoeducación.

El acompañamiento al paciente y su familia permite analizar los diferentes elementos que están cuestionando tanto a quien requiere el servicio como a quien ofrece el apoyo. Esta relación abre una ventana al diálogo, que enriquece el mutuo conocimiento, proyectándolo hacia un mayor compromiso de ambas partes.

APOYO MUTUO HOSPITALARIO

Es frecuente encontrar al interior de los hospitales personal técnico y de servicio que, desde diferentes inquietudes, realiza una labor aislada de apoyo y orientación hacia los pacientes. Otros son sensibles a la crítica situación, pero se encuentran impotentes y viven un conflicto y una contradicción permanentes. Con estos sectores se puede iniciar un proceso de identificación y acercamiento por parte del equipo de referencia, y en una primera fase, a través de una relación de apoyo hacia nuestra iniciativa, impulsar una revisión crítica de su propia situación laboral, de sus organizaciones, de sus procesos de capacitación continua.

El rol que cumplirían estos grupos de apoyo mutuo hospitalario es el reconocimiento de sus problemas, la organización de la denuncia, la difusión de las propuestas alternativas, la realización de acciones que

permitan reformas efectivas en la estructura de servicio, el afianzar una política unitaria entre sindicatos de trabajadores y asociación de empleados, así como su relación con la población organizada que accede al Centro asistencial.

SOLIDARIDAD EFECTIVA

Para nosotros, la solidaridad es cambiar los pronunciamientos retóricos por una práctica cotidiana que acerque a personas concretas y, a través de éstas, relacione con las organizaciones a las que pertenecen, Nuestra experiencia Indica que el éxito de una acción puntual de servicio se difunde rápidamente al interior de las organizaciones comunitarias, elevando el nivel de participación y generando mayor confianza en lo organización. Con ello se van rompiendo los criterios individualistas y se hace posible el encuentro con organizaciones hermanas en la ciudad,

LA SALUD EN EL SUR DE QUITO Y EL HOSPITAL DEL SUR

Constatando:

- que la disminución del presupuesto de la salud a 4% del presupuesto nacional ha puesto en grave peligro la marcha de los hospitales, y que el corte del 10% del presupuesto anual del Hospital Enrique Garcés ha provocado durante unos meses una situación catastrófica,
- que la situación económica de la mayoría de la gente de nuestros barrios es siempre peor a consecuencia de la política social; que la administración no logró poner en práctica en el cobro obligatorio un sistema equitativo con exoneración de los más pobres, y que se ha involucrado a los pacientes en un sistema de pago de insumes, de exámenes en clínicas privadas, recetas y prótesis costosas que aplasta a los más pobres;
- que la instalación de la Fundación Baca Ortiz para recaudar los fondos de los enfermos fue un fracaso; que en el mismo tiempo (marzo-junio) en que se recaudó 253 millones por la Fundación, no se recibió ni un centavo del Ministerio de Finanzas, poniendo al Hospital en peligro mortal.

Y apoyados por miles de moradores del pueblo del Sur desde el 24 de marzo del presente año,

- Pedimos a las máximas autoridades de nuestro país que se decida el incremento del presupuesto de la salud a un 10% del presupuesto nacional, con un reparto equitativo a todos los hospitales, teniendo en cuenta que la salud es un derecho vital y constitucional de los ecuatorianos.

- Pedimos que esta repartición del presupuesto entre las áreas de salud, los centros y los hospitales permita una calidad de atención y prevención a todos, incluidos los más pobres.

- Pedimos que para la administración de este presupuesto público se forme obligatoriamente en los hospitales un comité de apoyo, asesoramiento y vigilancia con miembros de la administración, profesionales, sindicatos, representantes de los usuarios, dirigentes barriales, comunidades, etc., en una estructura que le dé poder de decisión y de control.

- Elevamos un rechazo rotundo a cualquier fundación como la «Baca Ortiz», por la recaudación obligatoria de dinero de los enfermos. Al contrario, aceptamos con gusto a todos los organismos de beneficencia o solidaridad, después que el Estado cumpla cabalmente con su responsabilidad.

No aceptamos ningún cobro dentro de los hospitales públicos.

- Pedimos que se reforme la administración pública de los hospitales, dándoles la posibilidad de una verdadera autonomía con cuentas propias, de manera más ágil, responsable, y cercana a la realidad local.

- Pedimos una reforma profunda del trabajo social dentro de los hospitales, dándole flexibilidad para poder cumplir su importante misión humana, en colaboración con los comités de apoyo.

- Pedimos que se mejoren las condiciones de vida y trabajo y los salarios de los profesionales y personal de la salud pública, en discusión con sus representantes.

- Pedimos que se incentive una formación integral de los profesionales y del personal y una práctica más atenta y adaptada a las situaciones humanas, culturales, y socioeconómicas locales de los usuarios.

- Pedimos soluciones concretas para la disminución del costo de las medicinas, recetas, prótesis, exámenes afuera, etc., que muchas veces aplastan a los pobres. A Coordinadora de Salud de los Barrios del Sur Comisión Social y de Salud de la Vicaría del Sur Visitantes, Acompañadores, Familiares de los Enfermos 15 de septiembre de 1994 (Texto no integral)