COMISIÓN ECUMÉNICA DE DERECHOS HUMANOS

DERECHOS del Pueblo

176 // mayo 2010

El buen vivir es SALUD

EDITORIAL

El derecho integral a la salud

El principio rector y soporte fundamental de la construcción del derecho integral a la salud, así como la redefinición de la ética de la salud, es definido por el médico investigador, Jaime Breilh, como las tres "S" de una sociedad para la vida, que debe ser: soberanamente sustentable, solidaria; y saludable.

Este nuevo paradigma o visión alternativa del derecho a la salud entiende a ésta como un proceso complejo, multidimensional, que exige enfocar los procesos sociales que generan o determinan las condiciones de salud. Cuestiona a fondo la lógica del llamado modelo biomédico, tan alejada de la realidad y del interés colectivo, que reduce el problema de la salud al fenómeno de la enfermedad en la dimensión meramente individual.

El derecho a una vida saludable depende directamente de la vigencia de otros derechos fundamentales del buen vivir y cuya viabilidad depende de la capacidad de un país para organizarse como una sociedad sustentable y solidaria. Bien poco avanzaríamos, advierte el investigador, si por ejemplo, conquistamos el derecho a una atención curativa universal de aceptable calidad, cuando por otro lado persisten o se multiplican los procesos productivos de gran escala que destruyen los ecosistemas y la sustentabilidad, o si se sigue acelerando la concentración de la riqueza y agravando la desigualdad entre clases sociales.

En el Ecuador, el perfil epidemiológico está relacionado con una serie de determinantes tales como los niveles de pobreza y de inequidad. Entre las enfermedades carenciales y transmisibles, predomina: las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, las enfermedades inmunoprevenibles, la desnutrición crónica y la anemia. La tuberculosis y la malaria constituyen uno de los principales problemas de salud pública en el país.

Aunque el artículo 32 de la Constitución Política de la República de Ecuador consagra a la salud como un derecho garantizado por el Estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva, en la práctica vemos que estos preceptos constitucionales van quedando como un referente apenas teórico. Las leyes orgánicas, tanto las existentes como las que se están debatiendo en la Asamblea Nacional contienen un amplio conjunto de exclusiones y disculpas que disuelven, de hecho, la exigibilidad e impiden la justiciabilidad en salud.

Sin embargo, la justiciabilidad y la exigibilidad están en manos de los luchadores por el derecho pleno a la salud. Un importante hito es el Caso Albán Cornejo y otros contra Ecuador, relacionado con un caso de mala praxis médica que conoció la Corte Interamericana de Derechos Humanos (sentencia del 22 de noviembre de 2007). En este fallo el Tribunal señaló al Estado ecuatoriano que "cuando se trata de competencias esenciales relacionadas con la supervisión y fiscalización de la prestación de servicios de interés público, como la salud, sea de entidades públicas o privadas (como en este caso de un hospital privado) la atribución de responsabilidad puede surgir "por omisión en el cumplimiento del deber de supervisar la prestación del servicio para proteger el bien respectivo."

CEDHU
COMISION ECUMENICA DE DERECHOS HUMANOS

PUBLICACIÓN BIMESTRAL
DE LA COMISIÓN
ECUMÉNICA
DE DERECHOS HUMANOS

N° ISSN 1390-0293

Calle Carlos Ibarra 176
y 10 de Agosto // 9° piso
Quito - Ecuador

TELÉFONO
258 0825
Fax:
(593-2) 258 9272

CORREO ELECTRÓNICO
cedhu@cedhu.org

www.cedhu.org

COORDINACIÓN
Hna. Elsie Monge

DISEÑO GRÁFICO
Mantis Comunicación
225 1882

FOTO PORTADA
Archivo CEDHU

IMPRESIÓN
Artes Gráficas Silva
255 1236

HACIA UN NUEVO PARADIGMA DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA SALUD

Jaime Breilh

Jaime Breilh, Md. MSc. PhD. Médico, investigador; director del área de salud de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; jbreilh@uasb.edu.ec

Hace varias semanas resonó en los medios la noticia de la suscripción por el presidente de los Estados Unidos del proyecto de reforma en salud para dicho país. El mensaje central de los informativos era el que el Presidente Obama estaba consumando un éxito histórico para el derecho a la salud.

Es verdad que si tomamos como referencia el vergonzoso rezago del sistema de salud en la nación más poderosa de la Tierra, esa reforma constituye un paliativo real, una ampliación de cobertura aunque ceñida a las empresas de seguros y a los proveedores privados. Pero si miramos el asunto desde una óptica más informada y cuidadosa, y comparamos la propuesta citada con los sistemas de salud de Europa del Norte, por ejemplo, ahí se torna evidente que el brillo de esa noticia esconde una grave derrota del derecho a la salud en la sociedad de mercado, y el grado de desinformación que se teje alrededor de esa temática.

La Vía Aucas se interna en territorio waorani-tagaeri.
Imagen publicada en: "El exterminio de los pueblos ocultos" de Miguel Ángel Cabodevilla. Ed. Cicam 2009.

En la mayoría de sociedades donde el sistema capitalista ha mercantilizado aun los derechos fundamentales como la salud, se impone la lógica del llamado *modelo biomédico*. Desde esa óptica, el problema de la salud se reduce al fenómeno de la enfermedad en el nivel individual (daño biológico, malestar psicológico y pérdida de actividad). Se atiende preponderantemente bajo procedimientos curativos y se propende a que esa terapéutica individual opere como una mercancía, ligada a la práctica privada e industrias de medicamentos e insumos.

En el marco de esa lógica tan alejada de la realidad y del interés colectivo, es imposible avanzar en el derecho a la salud. Tiene que partirse de un nuevo paradigma sobre la salud y del derecho, para construir una visión renovada y eficaz.

El problema de la salud no se reduce a los fenómenos terminales de la enfermedad, ni a la dimensión meramente individual. La salud es un proceso complejo, multidimensional, que exige enfocar los procesos sociales que generan o determinan las condiciones de salud. Este giro no es sólo importante para revolucionar el sistema de salud y romper el cerco de un asistencialismo pasivo, sino que es un requisito *sine qua non* para ampliar y profundizar la cobertura del derecho.

En términos jurídicos, lo anterior implica algunas tareas urgentes que deben impulsar los luchadores por el derecho pleno a la salud: abrir al paraguas del derecho a un conjunto de obligaciones positivas y negativas que deben cumplirse; redefinir los bienes que deben tutelarse; y, de ese modo, ampliar el campo de la justiciabilidad.

La lucha social del pueblo ecuatoriano logró incorporar en el proceso constituyente el debate sobre este cambio de paradigma, inscribiendo en la nueva constitución una mirada del derecho a la salud que abarca mucho más que el derecho a los bienes que hacen factible una atención curativa adecuada. Abarca fundamentalmente el derecho a una *vida saludable*, lo cual depende directamente de la vigencia de otros derechos fundamentales del buen vivir y cuya viabilidad depende de la capa-

cidad de un país para organizarse como una sociedad sustentable y solidaria.

El principio rector y soporte fundamental de la construcción del derecho integral a la salud, así como de la redefinición de la ética de la salud, es lo que hemos definido como las tres "S" de una sociedad para la vida, que debe ser: **s**oberanamente **s**ustentable, **s**olidaria y saludable.

La determinación social de la salud como fundamento interpretativo del derecho

La ruptura más notable con el modelo biomédico que hemos esbozado, con su énfasis en lo privado individual, se logró cuando la ciencia de la epidemiología dejó de ser un apéndice cuantificador de casos individuales, adosada a la lógica clínica y a la visión causalista de la vieja salud pública, desde la cual los trastornos se miran como meros productos empíricos de factores aislados, que no se contextualizan, ni explican históricamente.

La nueva epidemiología crítica, comprendió que si bien existen los fenómenos individuales de salud, que se observan, explican y atienden en las personas y familias, en cambio, la determinación fundamental de las condiciones y tendencias masivas de la salud se dan en el orden colectivo.

De ese razonamiento se desprendió la necesidad de comprender de qué forma inciden los procesos del *orden general* (totalidad social de la estructura económica, de las relaciones políticas y culturales dominantes y de ese gran "metabolismo" que los modelos productivos establecen con la naturaleza), sobre los procesos del *orden particular*. Aquellos corresponden a los modos de vivir, saludables o malsanos de las clases sociales entrecruzadas con relaciones etno-culturales y de género, y los procesos del *orden individual*, con sus fenómenos biológicos y psicológicos.

Es imposible construir una mirada emancipadora e integral del derecho a la salud focalizando la justiciabilidad en el plano único biomédico que solo abarca, en el mejor de los casos, las obligaciones jurídicas que corresponden al orden individual, descuidando las obligaciones que emanan de los órdenes particular y general.

Bien poco avanzaríamos, si por ejemplo, conquistamos el derecho a una atención curativa universal de aceptable calidad, cuando por otro lado persisten o se multiplican los procesos productivos de gran escala que destruyen los ecosistemas y la sustentabilidad. O si predomina un modelo económico que siga acelerando la concentración y monopolización de la riqueza, destruyendo toda base solidaria de la construcción social y agravando la desigualdad entre clases sociales.

La nueva constitución es un piso potencial para la expansión de la justiciabilidad en salud. Sin embargo, hasta hoy va quedando como un referente apenas teórico –como letra muerta - porque las leyes orgánicas, tanto las existentes como las que se están debatiendo

La Vía Aucas se interna en territorio waorani-tagaeri.
Imagen publicada en: "El exterminio de los pueblos ocultos" de Miguel Ángel Cabodevilla.

en la Asamblea Nacional y las políticas que se están implementando están divorciándose de los preceptos constitucionales. No de manera explícita sino por un discurso deliberadamente ambiguo que surge debido a una falente comprensión del derecho por parte de los asambleístas, o como resultado de maniobras de infiltración de cláusulas "antídoto", que van desbancando la exigibilidad, desfigurando los articulados que debían proteger los DESC y permitiendo más bien la persistencia de una lógica ligada a los intereses privados empresariales,

En el nivel del derecho internacional las ambigüedades y debilidades jurídicas no son menores. El propio *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, por un lado recoge en su artículo 12 y sobretodo en la Observación General 14 (OG14) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, la idea de apertura del derecho en salud más allá de la atención médica en casos de enfermedad, para abarcar "una amplia gama de factores socioeconómicos que promueve las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana. De ese modo, hace extensivo ese derecho a los llamados "factores determinantes básicos de la salud", como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable, así como a las condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano"[1].

Sin embargo, esos enunciados que parecerían abrir una nueva y promisoria lógica jurídica, se tornan auto limitantes porque se reducen a la contención de efectos en una visión lineal y fragmentaria, sin enfocar el derecho hacia los procesos estructurales. Cometen de ese modo el mismo error de las propuestas y documentos de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la OMS (Organización Mundial de la Salud), que no hacen sino ampliar la visión lineal del causalismo, "en lugar de desarrollar un cuerpo conceptual y metodológico que permita entender la determinación social y construir las relaciones histórico sociales y procesos estructurales que entran en movimiento para determinar la salud. Se disuelven esos procesos estructurales en la forma de factores, o "determinantes sociales de la salud"…"[2]

La Vía Aucas se interna en territorio waorani-tagaeri.
Imagen publicada en: "El exterminio de los pueblos ocultos" de Miguel Ángel Cabodevilla. Ed. Cicam 2009.

De esta manera se torna imposible construir la plena justiciabilidad sobre los procesos de la acumulación económica, de la estructura política y cultural que son los que generan dichos efectos o mediaciones –como la pobreza, los problemas nutricionales, los patrones malsanos de trabajo, etc.- y destruyen las posibilidades de la salud.

El *Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*[3], da un paso interesante, a su vez, frente a la exigibilidad, pues de aplicarse facilitará la presentación de comunicaciones de los afectados por violación a los DESC. Su potencialidad, sin embargo, podría verse limitada por las deficiencias del documento madre que hemos anotado.

Hacia la construcción de una exigibilidad real en salud

Nuestro cuerpo jurídico contiene un amplio conjunto de exclusiones y disculpas que disuelven, de hecho, la exigibilidad e impiden la justiciabilidad en salud.

El expediente de impunidad que se acumuló sobre un creciente número de casos de colectividades afectadas en sus derechos de salud pone al desnudo no sólo la inconsistencia de las normas y mecanismos de la ley ecuatoriana frente a la protección de la vida en la naturaleza y la salud, sino la lamentable persistencia de justificaciones para tal impunidad: falta de recursos y fondos públicos; limitaciones técnicas para la construcción de pruebas; debilidad o ausencia de recursos técnicos para la investigación y el monitoreo.

Un eje fundamental de reafirmación de la exigibilidad es la vigencia del principio de precaución[4]. Hemos logrado que dicho principio conste en el artículo N°32 de nuestra constitución (sección séptima: salud). Es una herramienta legal importante que debería consolidarse y desplegarse en los articulados de múltiples leyes orgánicas como las relacionadas con la salud, el ambiente, el trabajo, la agroindustria, la minería, etc.

La garantía mayor del derecho es la movilización organizada, conciente e informada de las colectividades potencial o efectivamente afectadas. Esto hace parte de las condiciones objetivas y subjetivas de la justiciabilidad.[5] Y en esta dirección el texto constitucional contiene elementos para evitar que desde el poder se criminalice la lucha por el derecho a la salud.

En resumidas cuentas la vigencia real del derecho a la salud, y el impulso correspondiente de la justiciabilidad y la exigibilidad, dependen de la articulación activa de tres elementos interdependientes: un nuevo proyecto jurídico robusto, asentado en un paradigma distinto, con ideas claras que conformen una visión alternativa del derecho a la salud; la conformación de un bloque de sujetos sociales dispuesto a movilizarse y cuyo interés estratégico implique la preeminencia y defensa de la vida en la naturaleza y la vida humana sobre los intereses privados; y un conocimiento técnico robusto acerca de los peligros actuales y potenciales de la actividad social sobre la salud y la vida, para dotar a los cuerpos normativos de las indicaciones específicas que permitan constatar con precisión su cumplimiento.

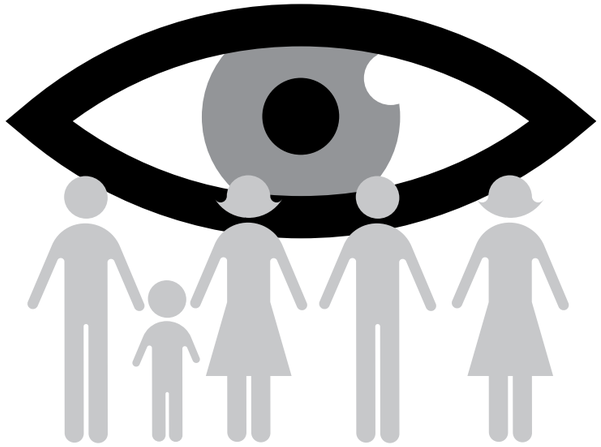
1. Miguel Carbonell. Derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos en "La protección judicial de los derechos sociales. Quito: Serie Justicia y Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2009, p. 174

2. Jaime Breilh. Hacia una construcción emancipatoria del derecho a la salud. Quito: Informe de Derechos Humanos 2009, Programa de Derechos Humanos de la Universidad Andina – Editorial Abya Yala, 2010 (en prensa)

3. Naciones Unidas. Protocolo facultativo del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. Ginebra: Resolución A/RES/63/117 del 10 de diciembre de 2008.

4. El principio de precaución establece que si hay una razonable sospecha de un proceso que destruye la vida y la salud, y si existe una incertidumbre científicamente establecida, entonces hay una obligación de tomar acción para prevenir; el peso de la prueba debe recaer no en la colectividad afectada sino en aquellos cuyas actividades provocaron la sospecha de daño; y una vez evaluadas las alternativas disponibles para encontrar aquella que ofrezca el menor daño posible, se debe garantizar un proceso de toma de decisiones transparente, informado y democrático, que incluya a los afectados

5. Victor Abramovich y Christian Courtis. Apuntes sobre la exigibilidad judicial de los derechos sociales en "La protección judicial de los derechos sociales. Op cit., p. 10



RECIENTES ATROPELLOS
A LOS DERECHOS HUMANOS

Homicidio
Esmeraldas

El 25 de febrero de 2010, el campesino **José Antonio Aguilar** y su esposa, la señora **Yola Beatriz Garófalo** fueron encontrados muertos al interior de su propiedad ubicada en Hoja Blanca, parroquia Malimpia. A pesar de que en esos días personas desconocidas habían colocado cercas de alambre en el camino de ingreso a su predio, los cónyuges permanecían en su vivienda. Los cadáveres de las víctimas presentaban múltiples orificios similares al paso de proyectil de arma de fuego.

En marzo de 2008, la Asamblea Constituyente resolvió otorgar una amnistía general a líderes sociales criminalizados a causa de ejercer el derecho fundamental a protestar y resistir ante proyectos violatorios a los derechos humanos y altamente destructivos de la naturaleza. José Aguilar y otros pobladores del predio Pambilar, parroquia Malimpia que han defendido por más de una década el patrimonio forestal del Estado y sus posesiones campesinas, frente a la explotación intensiva de la madera, obtuvieron la amnistía. La acción judicial iniciada en su contra por presunta "organización de seudo-cooperativas e invasión de la propiedad privada" fue archivada.

La Vía Aucas se interna en territorio waorani-tagaeri.
Ed. Cicam 2009.

Dolores Aguilar ha señalado que su hermano José Aguilar fue un campesino a quien anteriormente lo habían "secuestrado, torturado, intimidado, criminalizado para obligarlo a salir de sus tierras."

Negligencia médica
Quito

El 21 de junio de 2007, Matilde Ugsha, empleada doméstica, ingresó en las primeras horas de la mañana a la sala de partos del Hospital Carlos Andrade Marín del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS. Durante el día sus familiares no obtuvieron ninguna información acerca de su estado de salud; después ellos conocieron que a su pariente le habían practicado una operación cesárea. Horas más tarde, Matilde fue atendida de emergencia en la sala de terapia intensiva. Ningún médico explicó a los familiares los motivos de su estado crítico. Ahí permaneció una semana. La familia conoció que durante el parto se produjo un paro cardio-respiratorio, pero no le explicaron los motivos.

Desde hace tres años Matilde permanece hospitalizada, en estado vegetativo en el área de obstetricia de esa casa de salud. El niño se encuentra al cuidado de la familia de la madre. Según un examen médico legal el caso se trató de embolia de líquido amniótico que dio un PCR y su consecuente complicación a nivel neurológico que es la encefalopatía anoxico isquémica.

En julio de 2007, el padre de Matilde presentó una denuncia para que se investigue la comisión del presunto delito de negligencia médica. Un año después, la fiscal que conocía la causa solicitó la desestimación de la misma y el proceso no prosperó.

Según la denuncia, Matilde Ugsha, en repetidas ocasiones, ha sido discriminada en la atención que ella requiere. Todos los días la paciente utiliza pañales desechables, pero temporalmente le han suspendido la dotación; esto no sucede con otra paciente que permanece en el mismo estado, en otra área del hospital. Su familia se ha visto obligada a comprar los pañales, pero dada su precaria situación económica no puede efectuar esos gastos.

En otra oportunidad un médico del área de obstetricia comunicó a la madre de Matilde, que la paciente sería trasladada al hospital del IESS de Latacunga. La familia Ugsha atribuye estos actos como una forma de represalia a causa de la denuncia de negligencia médica, que realizó el padre de la paciente. Aún se desconoce cuál es la política o plan diseñado por esa casa de salud para garantizar el derecho a la salud de los grupos de atención prioritaria, conforme a lo que establece la Constitución.

La Vía Aucas se interna en territorio waorani-tagaeri.
Ed. Cicam 2009.

Caso Cadena Polanco
SEGUIREMOS LUCHANDO CONTRA LA INJUSTICIA DE LA "JUSTICIA"

El 25 de marzo de 2010 se cumplieron dos años del peregrinaje que inició la familia Cadena Polanco por dependencias de la Policía Judicial, de la cárcel, de los juzgados y actualmente de la Fiscalía Distrital de Pichincha, en busca de Justicia. "Tuvimos que enfrentarnos a toda una estructura policial y judicial donde las cosas no se hacen siguiendo el debido proceso", dice Miguel Cadena, padre de Alexander.

El 25 de marzo de 2008, la arbitrariedad de varios miembros de la Policía Nacional marcó su huella en la vida de Alexander Cadena Polanco y otros inculpados. El joven fue detenido en Quito por una infracción de tránsito; luego fue incriminado en el asalto a una joyería.

Entre el 27 y 28 de marzo en las instalaciones de la Policía Judicial de Pichincha, Alexander y otras dos personas fueron sometidos a investigación bajo tortura y obligados a firmar un documento en el que se auto inculpaban del asalto.

Varios miembros del Grupo de Apoyo Operacional, GAO, y del Departamento de Inteligencia Antidelincuencial, DIAD, de la Policía Nacional, entre estos sus jefes, fueron imputados por las torturas a los detenidos por ese caso. El 12 de abril, vistiendo camisetas a rayas e intimidados con armas, Alexander y otras cinco personas fueron presentados en rueda de prensa por oficiales de alto rango de la PN y acusados de ser "parte de la banda delincuencial que asaltó la joyería", a pesar de que la Constitución establece que toda persona es inocente mientras no se pruebe lo contrario.

Luego, Alexander y los otros detenidos fueron trasladados a la cárcel; ahí permanecieron 374 días bajo rejas. En abril de 2009, el Tribunal Penal dictó sentencia absolutoria para Alexander y los demás implicados. Todos recuperaron su libertad. El fiscal Patricio Navarrete interpuso un recurso de casación en la Primera Sala de lo Penal de la Corte Nacional; el fiscal se abstuvo de fundamentar la casación, pues asevera que no se ha comprobado la responsabilidad de los acusados.

Durante el juicio por el asalto a la joyería, quedó demostrado que los detenidos fueron torturados. Tanto la Defensoría del Pueblo como los jueces que conocieron la causa exigieron que se investigue el caso. El Tribunal Tercero de lo Penal de Pichincha, ordenó se remita copias certificadas del proceso a la Fiscalía Distrital de Pichincha para que ésta inicie las investigaciones y se establezca la responsabilidad de catorce miembros del GAO y DIAD, por su presunta participación en violaciones a los derechos humanos y garantías constitucionales, específicamente el derecho a la integridad física.

Tras una larga indagación previa y la audiencia de formulación de cargos, se inició la instrucción fiscal por torturas en contra de cinco miembros del GAO y DIAD. Posteriormente se vinculó a la instrucción fiscal a otros dos miembros de la Policía Nacional.

En noviembre de 2009, el agente fiscal, Luis Jaramillo, emitió un polémico dictamen mixto. Se abstiene de acusar al mayor Diego Erazo (Jefe del ex-GAO), capitán Odín Martínez, teniente Ana Erazo y al sargento Jorge Espinoza y solo acusa a los suboficiales Ermer Ordóñez, sargento primero Miguel Pinto y cabo segundo Jorge Muñoz. El proceso subió a consulta al Fiscal Distrital de Pichincha para que este ratifique el dictamen o acuse a todos los implicados.

La CEDHU considera que todos los procesados son responsables por acción u omisión de las torturas a Alexander y los otros detenidos. Con el fin de evitar la impunidad que alienta nuevos atropellos, estos deberían ser sancionados por la ley.

La pobreza: privación extrema de bienestar

Estela Garzón

Este concepto, visto en toda su dimensión humana, guarda estrecha relación con el derecho a la salud. La pobreza es más que un número o un porcentaje, es más que insuficiencia de ingresos o insatisfacción de una canasta básica de alimentos y de otros bienes considerados socialmente esenciales. Es además, falta de justicia, falta de equidad, discriminación, exclusión de la participación política, es alto riesgo de contraer enfermedades y de mortalidad infantil, vulnerabilidad ante los desastres naturales, violencia, negación de la cultura, la recreación y el descanso.

La Vía Aucas se interna en territorio waorani-tagaeri. Ed. Cicam 2009.

La condición de pobreza se ve reforzada por los fenómenos de exclusión social y ampliación de las brechas de desigualdad. Esta realidad afecta la vida espiritual y material de las personas, de las familias y de las naciones.

Las estructuras sociales y las instituciones constituyen el marco en las que se producen las relaciones económicas y políticas, configurando muchas de las dinámicas que crean y sustentan la pobreza. Hay una causalidad recíproca entre la persistencia y acentuación de la pobreza y la violación a los derechos humanos. Según el Instituto Interamericano de Derechos Humanos, IIDH: *"Se trata de un fenómeno multidimensional gestado por estructuras de poder que reproducen estratificación social y una visión excluyente que discrimina vastos sectores del continente como las mujeres, los pueblos indígenas y los afrodescendientes."*

Así, la pobreza es un deterioro profundo que marca la salud de los pueblos de Latinoamérica; dicho deterioro tiene una estrecha relación con la concentración de riqueza que hoy existe. La desigualdad no ha cambiado porque no se ha tocado las estructuras de poder que a ésta la sostiene. Si queremos hablar de respeto a los derechos humanos es fundamental superar la inequidad social que hoy existe y que es una de las más altas del mundo. Así lo revela un estudio del investigador Carlos Larrea, acerca de la desigualdad de ingresos en el Ecuador (2005):

"El 10% más rico de los hogares recibe el 40% del ingreso nacional. En contraste, el 10% más pobre de los hogares recibe apenas el 0.94% del ingreso nacional, 42 veces menos.

En el sector rural se encuentra la mayoría de pobreza en el Ecuador y sobre todo la extrema pobreza. Con la migración del campo a la ciudad la pobreza urbana también se ha incrementado.

Construcción integral del derecho a la salud

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Esta primera definición del derecho a la salud que formuló la Organización Mundial de la Salud, OMS, actualmente ha sido recogida en diferentes instrumentos internacionales y permite abordar la estrecha interrelación entre este derecho y otros derechos, no solo DESC, sino civiles y políticos.

El derecho a la salud es la base de todo ser humano a vivir dignamente; este principio de dignidad humana, concreta algunas dimensiones de la interdependencia entre los derechos. El derecho a la salud se constituye como derecho fundamental indispensable para el goce y ejercicio de los demás derechos y como derecho dependiente al mismo tiempo de otros derechos, entre ellos, el derecho a la alimentación, el derecho al agua, el derecho a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la vida o a la integridad física.

La falta de equidad lleva a que el 70% de la población que vive en la pobreza tenga mayor probabilidad de morir de enfermedades prevenibles y sufra una tasa más alta de mortalidad infantil.

El desplome de la calidad de vida, el deterioro de la red hospitalaria pública y de los programas de salud pública, son consecuencias directas del modelo económico neoliberal que acelera la concentración de la riqueza. Significa la pérdida de derechos humanos y más aún, de vidas humanas.

Desigualdad e inequidad en salud y condiciones de vida

Un diagnóstico de la salud en el Ecuador (Plan Nacional para el Buen Vivir), elaborado por la secretaría nacional de planificación, Senplades, señala:

"Los indicadores de salud muestran importantes inequidades relacionadas al nivel de ingreso, grado de instrucción, grupo étnico y ámbito geográfico. La mortalidad infantil de niños nacidos de madres indígenas (41 por mil nacidos vivos) es 50% más elevada que la de madres mestizas (28 por mil). En áreas rurales, el parto institucional apenas supera la mitad de los nacidos. Más aún, para madres sin instrucción y mujeres indígenas, el parto institucional representa solamente el 36,7% y 30,1%, respectivamente.

Relacionado con lo anterior está la atención calificada del parto, su evolución nos indica un incremento entre 1999 y el 2006, manteniéndose una brecha de necesidad del 14% a nivel nacional. Se concentra en el área rural, donde es más de 8 veces la urbana (34% vs. 4%). Si desagregamos este indicador por grupo étnico, podemos apreciar que las mujeres indígenas casi septuplican la tasa de atención no profesional del parto de las mujeres mestizas.

Si bien la cobertura de seguro de salud aumenta de 1.4% en 1999 a 21% en el año 2005, existe un gran porcentaje de población (casi el 80%) que requiere ser cubierta.

La desnutrición crónica es el problema de mayor importancia del país, sus niveles no corresponden al desarrollo social y económico del Ecuador. Su tendencia es descendente, pero su progreso es lento. Así, en 1998 se ubicó en 27% y en el 2006 alcanzó el 18.1%, con un promedio de disminución de un punto porcentual por cada año, lo cual es insuficiente para alcanzar la meta del 2015 de reducir en un 50% la desnutrición y el hambre.

La desnutrición crónica por provincia, revela la inequidad en su distribución en el territorio nacional, destacando las provincias de la sierra central como las de mayor afectación, provincias con alto porcentaje de población indígena y rural, así como con dificultades de acceso al agua y saneamiento básico y a una canasta alimentaria adecuada."

La Vía Aucas se interna en territorio waorani-tagaeri. Ed. Cicam 2009.

El Ecuador comparado con otros países latinoamericanos es un país que acumula un enorme déficit en su asignación de gasto social en salud. El gasto en salud en el Ecuador en el año 2002 representó el 4,8% del PIB, muy debajo del promedio de los países latinoamericanos que registran en promedio un gasto equivalente al 7,9% del PIB. En 2003, los recursos públicos destinados al sector representan 1,9% del PIB y 6,7% del presupuesto general del Estado de ese año.

En los tres últimos años, ha sido significativa la tendencia del actual gobierno a considerar un mayor monto de recursos para la inversión social. A pesar de los esfuerzos realizados en salud, ésta aún es insuficiente para superar su aguda crisis. Tampoco se cuenta con un presupuesto suficiente y decisión política para dar prioridad a la prevención y a los programas de salud pública.

Tan solo a cinco años del plazo fijado para que se cumplan los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), acordado por Naciones Unidas en el año 2000, la promesa de un mundo mejor para el 2015 se desvanece….

La mala práctica médica

Martha Molina

La mala práctica médica no es una novedad en el Ecuador, pero el público generalmente se refiere a estos hechos como aquellos accidentes que han cobrado la vida de miles de personas inocentes, en diferentes y cuestionadas circunstancias. Los "supuestos accidentes médicos", que se difunden a través de los medios de comunicación, en algunas ocasiones se dan a conocer sin la respectiva investigación, y no pasan de ser conocidos como un hecho o noticia con un sesgo sensacionalista o "amarillista".

En nuestro país no existe la tipificación jurídica de mala práctica médica ni de negligencia médica por lo que se utilizan estos términos indistintamente. Sin embargo, la mala práctica consiste en realizar acciones para las cuales no están capacitados bien sea los galenos o las casas de salud. Existen casas de salud que no tienen los permisos en regla y tampoco cuentan con algún tipo de control sobre la atención que se brinda a los pacientes que acuden en busca de un servicio y un derecho que les asiste como seres humanos La negligencia médica está relacionada mas bien,

La Vía Aucas se interna en territorio waorani-tagaeri. Ed. Cicam 2009.

con la falta de cuidado en la atención que se da a los pacientes, causando muchas veces la muerte o incapacidad permanente de las víctimas.

El banco de datos del Centro de Documentación de la CEDHU registra un significativo número de denuncias tanto de negligencia como de mala práctica médica. Desde 1984 a 2009 se han presentado 126 denuncias y 558 afectados por negligencia médica o atención médica inadecuada. Estas cifras no incluyen muchas otras de condiciones hospitalarias deficientes, las cuales repercuten en miles de pacientes. Por otra parte, el Instituto de Estadística y Censos, INEC, entre 1980 y 1987 contabiliza 5.592 muertes en la maternidad Enrique Sotomayor de Guayaquil y 38 en la maternidad Isidro Ayora de Quito

Negligencia médica

Entre los casos conocidos por la CEDHU se encuentran los siguientes:

En la ciudad de Guayaquil, una mujer acudió al IESS para dar a luz el 4 de junio de 2005, el médico dijo que todavía no era el momento para practicar una cesárea. El 6 de junio mediante une ecografía, descubrieron que el bebé había muerto. El Comité de Bioética del IESS suspendió al médico hasta que se realicen las investigaciones.

Otra joven ingresa en la Clínica García López de Guayaquil el 30 de octubre de 2007 a operarse de cálculos en la vesícula. Sale de la operación a las 12h00, comienza a vomitar y pierde el conocimiento, la trasladan al Hospital Guayaquil, lugar en que muere a las 23h00. La causa de la muerte fue determinada como HEMORRAGIA INTERNA, de la cual aparentemente se percataron los médicos que la operaron. La Clínica fue clausurada por el Comisario de Salud de Guayas.

En enero de 2010 Luz Elvia Vera ingresó al Hospital Carlos Andrade Marín de Quito, donde le diagnosticaron meningitis que luego derivó en Criptococococerebral. Al cabo de dos meses se encontraba en estado de coma y requería urgentemente una droga denominada Florixtosina para poder salvarle la vida. No obstante, este medicamento se lo puede obtener solamente en Colombia, Brasil o Estados Unidos. Lamentablemente el hospital no hizo las gestiones necesarias para obtenerlo y se limitaba a administrarle sueros. Ya que el hospital no cuenta con los recursos básicos para la atención médica, los familiares tenían que comprar a diario los remedios que le recetaban. Luz Elvia falleció a mediados de marzo de este año. La hermana que había denunciado esta situación, tras reiterar que "no hay justicia" se refugia en Dios para poder seguir adelante

A pesar de que el Ecuador no cuenta con una ley que sancione la negligencia o la mala práctica médica, varias víctimas o sus familiares han hecho grandes esfuerzos para lograr la judicialización de estos hechos. *Tal es el caso de Susana Albán Cornejo quien había sido internada en el Hospital Metropolitano de Quito con un cuadro de meningitis. Aunque en su historia clínica constaba que su no tolerancia a la morfina, le suministraron esta droga no indicada ocasionándole la muerte el 13 de diciembre de 1987.*

Su madre, la Señora Carmen.Cornejo luchó durante varios años para que este delito no quede en la impunidad. Ella acusó a los médicos responsables por el artículo 456 del Código Penal que señala "Si las sustancias administradas voluntariamente, que pueden alterar gravemente la salud, han sido dadas sin intención de causar la muerte, pero la han producido, se reprimirá al culpado con reclusión menor de tres a seis años". Sin embargo, después de un vía crucis de trabas y encubrimiento, la Sexta Sala de la Corte Superior dijo que era aplicable el Art. 459 del Código Penal: Es reo de homicidio inintencional el que ha causado el mal pro falta de previsión o precaución, pero sin intención de atentar contra otro, cuya pena es de prisión conforme al Art. 460 y por ende prescribe a los cinco años". Dado que este tiempo ya había transcurrido, no hubo sanción.

Sin embargo, la Señora Cornejo recurrió a los organismos Interamericanos de Protección de Derechos Humanos donde finalmente la Corte Interamericana en noviembre de 2007 condenó al Estado ecuatoriano por la lentitud del proceso judicial.

No existe una sanción directa por negligencia médica
Diario El Comercio, 2 de julio, 2009

La falta de recursos económicos, necesarios para afrontar un juicio, detiene a potenciales demandantes. En algunos casos, los familiares de las víctimas deciden llegar a acuerdos directamente con las casas de salud, y la gran mayoría no sabe que tiene derecho a demandar por estas violaciones a los derechos humanos.

Más aún, en Ecuador y América Latina, la salud se ha convertido en un asunto de chequeras, es decir, si es sujeto de crédito o cuenta con dinero, lo atienden, al menos en las clínicas privadas o aseguradoras médicas; de lo contrario, le remiten a un hospital público en donde la característica general son largas filas de enfermos, tráfico de influencias, atención inadecuada. ¿Cómo es posible que se pretenda reducir el quehacer médico a un asunto económico, más no humano? Duele saber que es una realidad palpada por cientos de personas en todos los rincones del país; aún no existe conciencia en torno a la necesidad y el derecho a recibir atención médica de manera digna sin importar la condición económica o social a la que se pertenezca.

La salud no aparece en el imaginario de la mayoría de las personas como un derecho, ni la oferta de servicios como un deber del Estado, ni el acto médico como una responsabilidad social. La salud se ha convertido en un favor del Estado todavía relegado y supeditado a distintas dinámicas del sistema de salud: presupuestos estatales sobrantes de otros rubros, baja importancia política de los ministerios de salud, recursos derivados de los juegos de azar, impunidad en el acto médico, entre otros[1].

El derecho a la salud y al Buen vivir representa uno de los derechos fundamentales garantizados en la Constitución Nacional así como en tratados internacionales ratificador por el Ecuador. La propia Declaración Universal de los Derechos Humanos, art. 25, afirma que: *"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.* Sin embargo, las estadísticas muestran una realidad diferente respecto a la negligencia médica, negación de atención médica, carencia de servicios de salud o asistencia médica inadecuada.

1. ILSA "La salud está grave - Una visión desde los derechos humanos", Bogotá, mayo/2000.

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

El Ministerio de Salud Pública es el responsable del seguimiento de los ODM relacionados con la salud.

Con relación al Objetivo 4 "Reducir la mortalidad de la niñez se observa una disminución significativa en el periodo 1990-2004 pasando de 43.1 defunciones por cada mil nacidos vivos a 21.8. Sin embargo, las mejoras en la reducción de la mortalidad infantil son insuficientes: en el contexto latinoamericano, la tasa del país se encuentra entre las más altas.

Con relación al Objetivo 5 "Mejorar la salud materna, si bien existe un importante progreso en la reducción de la mortalidad materna, su valor es aún muy elevado. Las mujeres indígenas y las que viven en el sector rural del país son las más afectadas. La tasa de mortalidad materna disminuyó sensiblemente en el período 1990-2004; de 117.2 defunciones por cada cien mil nacidos vivos a 50.7. Sin embargo, para alcanzar la meta de los 29.3, los esfuerzos han de incrementarse sostenidamente fortaleciendo el Programa de Maternidad Gratuita y el Programa Integral de Salud de la Mujer y la Pareja.

En cuanto a la reducción de la extrema pobreza, no existen avances significativos desde 1995. Existe un estancamiento en la erradicación de analfabetismo y para la Meta 4, que se refiere a la equiparación de las tasas de matrícula de mujeres y hombres en la secundaria, se alcanzaría para el promedio del país, pero no para la población indígena. Así mismo, la violencia de género no se ha reducido, y con respecto a la degradación ambiental, Ecuador está entre los países con mayor cobertura vegetal .

La Vía Aucas se interna en territorio waorani-tagaeri. Ed. Cicam 2009.

Desde el punto de vista de promoción y prevención de la salud, el Ministerio de Salud Pública dicta la normativa sanitaria y cada gobierno local es el responsable del servicio de agua y tratamiento de aguas residuales a la población. Existen desigualdades en la prestación de servicios, tanto en las zonas urbanas como en el área rural. Las familias de escasos recursos tienen menos acceso a servicios adecuados de agua y saneamiento. El déficit del acceso a agua entubada se refleja en la brecha urbano-rural, donde el primero alcanza valores del 66% de cobertura frente al 14% del segundo.

(Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS) "Perfil de Sistema de Salud Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de Cambio y Reforma". Washington, D.C. OPS, 2008.

1. Sistema ONU-SENPLADES-FLACSO Ecuador- CISMIL, II Informe Nacional de los Objetivos del Milenio, Ecuador 2007.

Suscripción Anual
(6 números)

	Ecuador	Exterior
Ordinaria	10,00 USD	30,00 USD
De Apoyo	15,00 USD	50,00 USD

Enviar un cheque a nombre de:
Comisión Ecuménica de Derechos Humanos
Casilla: 17-03-720, Quito.

Noticias, crónicas y reportajes sobre la situación de los Derechos Humanos en Ecuador: **www.cedhu.org**