



COMISIÓN ESPECIALIZADA PERMANENTE DEL DERECHO A LA SALUD
ACTA RESUMEN SESIÓN NÚMERO DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS

Sesión No. 242 Continuación
Fecha de sesión: Miércoles de 1 agosto del 2018
Hora: 10h00

Siendo las diez horas del día miércoles 1 de agosto del 2018, el Presidente de la Comisión Dr. William Garzón Ricaurte, dispone que por Secretaría se constate el quórum reglamentario para instalar la continuación de sesión No. 242.

Se encuentran presentes al momento de la instalación los siguientes Asambleístas: Ana Mercedes Galarza Añazco, William Antonio Garzón Ricaurte, Patricia Ivonne Henríquez Jaime, Gabriela Rivadeneira Burbano, Ángel R. Sinmaleza Sánchez, Blanca Poly Ugarte G. y Carlos Vera Rodríguez.

Por Secretaría se confirma que existe el quórum reglamentario al estar presentes siete Asambleístas miembros de la Comisión, en consecuencia, se da inicio a la sesión con la lectura de la convocatoria y orden del día. Se encuentra presente además en la sala, el Ing. Wilson Merino, de la Red "Acuerdo Contra el Cáncer".

El Presidente pone a consideración el orden del día, el mismo que se aprueba por unanimidad.

CONVOCATORIA:

Por disposición del señor Presidente de la Comisión Especializada Permanente del Derecho a la Salud Dr. William Garzón Ricaurte y, de conformidad con lo dispuesto en los numerales 1 y 2 del artículo 27 de la Ley Orgánica de la Función Legislativa y el artículo 8 del Reglamento de las Comisiones Especializadas Permanentes y Ocasionales de la Asamblea Nacional, convoco a usted a la continuación de la **SESIÓN DE LA COMISIÓN No. 242**, que se llevará a cabo el **miércoles 1 de Agosto del 2018**, a las 10h00, en la Sala de Sesiones de la Comisión, ubicada en el sexto piso, ala oriental del Edificio de Asamblea Nacional, en las calles Piedrahíta y Av. 6 de diciembre del Distrito Metropolitano de Quito, provincia de Pichincha, con el objeto de tratar el siguiente orden del día:

1.- Lectura, discusión y votación del articulado del articulado texto unificado del Proyecto de Código Orgánico de Salud, para informe de Segundo Debate.

El Presidente solicita al Pleno instalarse en Comisión General para recibir al señor René Baldeón, representante de varias personas con discapacidad, quien agradece por la Comisión para tratar un tema muy importante respecto de las discapacidades como una problemática de salud y de incidencia laboral. Aclara que la propuesta que formula no es en beneficio personal, sino de todos los que padecen alguna discapacidad a nivel nacional. Cita el drama de un joven que mató a sus padres y fue juzgado, sin tomar en cuenta que esa persona sufría de esquizofrenia. No contó con el patrocinio de un abogado gratuito por una serie de inconvenientes que le pusieron, señala que estuvo un año en busca de ayuda profesional, pero le fue imposible conseguirla porque le mencionaron que para ese tipo de enfermedades la ley es considerada como letra muerta y optó por contratar un abogado privado.

Comenta además que fue agredido y no le realizaron los exámenes pertinentes bajo el argumento de que las lesiones no eran mayores y no brindaron la ayuda que necesitaba. Menciona que como estos casos hay muchos y no se les toma en cuenta. Invoca que, en esta oportunidad al ser recibido por la Comisión de Salud, se analicen a conciencia los derechos que les asiste a estas personas, que se visibilice estas problemáticas porque también nosotros somos humanos.

El Presidente solicita que la propuesta a la que se refirió el Sr. Baldeón, se deje por escrito, para proceder a su distribución entre los compañeros asambleístas miembros de la Comisión para que sea analizada.

Interviene la asambleísta Patricia Henríquez para manifestar la conveniencia de que las propuestas remitidas a la Comisión además de ser distribuidas entre los Comisionados, deberían ser leídas en las sesiones para que todos conozcan los alcances de las solicitudes, como es el caso de las personas con discapacidad. El Presidente aclara que la propuesta está dirigida a la Comisión de los Derechos de los Trabajadores y la Seguridad Social, básicamente para el tema de Código del Trabajo, en consecuencia, anuncia que se remitirá a esa instancia legislativa.

A continuación, se recibe en comisión general a la Dra. Laura Cotarelo, Asesora del Género de Plan Internacional, quien luego del saludo y agradecimiento protocolar, anuncia las recomendaciones al Código Orgánico de la Salud respecto a la inclusión de determinadas cuestiones que consideran relevantes, para cuyo efecto se apoya en una presentación en Power Point, que se distribuye a los asistentes, donde constan las siguientes recomendaciones: En el Art. 104 señala que es importante incluir la frase: *"...entornos educativos inclusivos y libres de violencia..."*, la necesidad del añadido está orientada a promover la tolerancia cero de la violencia específicamente contra las niñas, niños y adolescentes y consideran que debería constar en el Código de la Salud, porque hay que ser realistas respecto a las situaciones de violencia y de abuso que se sufren estos grupos sociales, además como medida de prevención que supone un ahorro a la hora de la atención y así evitar que nuestros jóvenes atraviesen situaciones realmente complicadas que suelen dejar marcas para toda la vida.

Sobre el Art. 105 manifiesta que es importante reconocer a la salud como todo un estado de bienestar físico, mental y social y que este artículo así lo reconozca, al igual que lo hace la OMS, recomendación que aplica en igual sentido para el Art. 106 y tener en cuenta estos parámetros internacionales de suerte que el COS pueda recogerlos de manera específica para trabajar en esos temas no solo en la atención de la enfermedad cuando ésta haya aparecido. Se incorpora a la sesión el asambleísta Manuel Alfredo Ochoa.

En cuanto al Art. 107 la recomendación apunta a la prevención como uno de los ejes de actuación, por considerarla fundamental y beneficiosa y porque además evita que se deba dar atención a situaciones mucho más complejas y costosas. Estiman por tanto que se debe explicitar directamente en el articulado los temas de prevención.

El Art. 108 debería vincular los temas de embarazo de adolescentes e infantil y la violencia que se ejerce contra las niñas y mujeres adolescente como un tema de protección, que nuestros espacios sean educativos para tener la identificación temprana de situaciones de violencias y así evitar embarazos de niñas de 10, 12 años cuyos cuerpos aún no están preparados.

En el Art. 150 se insiste en el abordaje de violencia contra las niñas lo que proponemos que incluya las situaciones de riesgos dentro de este articulado que se hable de las políticas para prevenir el abuso sexual.

En el Art. 151 la recomendación es que se incluya y se nombre concretamente el uso y manejo de métodos barreras para la prevención. Aunque el artículo habla sobre evitar las formas de transmisión, es importante dejar de manifiesto el conocimiento y uso de manejo de métodos barreras para la prevención. Además, se recomienda en este mismo artículo eliminar la frase: *"...a juicio del profesional responsable de la atención..."* y se redacte un texto alternativo que podría ser: *"...cuando el caso lo requiera y bajo supervisión médica..."*. La observación se realiza porque al dejar a criterio personal un tema tan delicado se corre el riesgo de que haya arbitrariedad o confusión en este aspecto debe quedar claro que la intervención debe ser cuando el caso lo requiere y bajo supervisión médica, puesto que es fundamental que las personas que viven con VIH puedan tener una atención médica adecuada y a tiempo, para evitar mayores explicaciones en el avance de la enfermedad. Una vez más hay que dejar explícito este componente de trabajar en los temas de prevención.

En el Art. 158 destaca la importancia de incluir los temas de prevención y control de enfermedades. En los artículos 185,186,187, la recomendación es que se use un lenguaje inclusivo que visibilice a los y las jóvenes mujeres y hombres sugerimos que todo el articulado este expuesto y expresado porque muchas veces lo que no está escrito queda a libre de interpretación cuando uno de nuestras jóvenes está informado puede identificar cuando una situación es riesgosa.

La asambleísta Patricia Henríquez pregunta ¿cuáles son los métodos barrera para la prevención en las que se refiere la ponente? La Dra. Cotarelo responde: Los métodos barrera se refieren a todos los métodos anticonceptivos que realmente suponen una barrera para el contagio del VIH por ejemplo cuando hablamos de la píldora anticonceptiva, es un método para evitar el embarazo, pero no un método que evite el contagio de VIH, no todos los métodos anticonceptivos suponen una barrera como lo es el preservativo femenino y masculino.

Interviene el asambleísta Ángel Sinmaleza para agradecer a la Dra. Laura Cotarelo y a su equipo, principalmente al asambleísta Franklin Samaniego, Presidente del frente parlamentario por la defensa de niñas niños y adolescente de la cual 55 asambleístas forman parte. Hacer énfasis al aporte del trabajo realizado de varios asambleístas con el análisis y revisión para la inclusión de estas observaciones y obviamente la Dra. Cotarelo en forma clara ha expuesto y sistematizado la propuesta de este grupo parlamentario que nace de un compromiso cuyo empoderamiento importante su para que en el momento de su construcción se puedan realizar las inclusiones que consideren pertinentes que se ha dedicado a la defensa de los niños niñas y adolescentes. Se incorpora a la sesión el asambleísta Jorge Homero Yunda.

Hace uso de la palabra la asambleísta Gabriela Rivadeneira y destaca la pertinencia sobre lo mencionado por el asambleísta Sinmaleza, en el sentido que hay una normativa que ha sido aprobada en el periodo legislativo que ya contempla ciertas características de prevención y sobre todo plantea el tema de derechos fundamentales y más allá de lo que se pueda creer de manera personal, basados en creencias religiosas o morales hay un tema ético de necesidad de derechos humanos por precautelar la vida de niñas y adolescentes en el país, donde la violencia es alarmante y ante eso lo único que funciona las políticas públicas que pongan en práctica el servicio de la sociedad. Por lo tanto, agradece el aporte de Plan Internacional por el enfoque a los temas de protección de niñas, niños y adolescentes que será analizado en el marco de violaciones, derecho de salud sexual y reproductiva.

El Presidente reitera el agradecimiento a la Dra. Cotarelo cuyas observaciones serán remitidas a los correos de los compañeros asambleístas como insumos para su análisis y da la bienvenida y concede la palabra a la Dra. Leonor Fernández, Especialista de Protección de CHILDFUND-ECUADOR, quien agradece al Grupo Parlamentario de defensa de niñas y niños adolescentes por la apertura para este evento para compartir temas de experiencia en Ecuador donde su organización lleva 34 años de trabajar en 574 comunidades a favor de los temas de cuidado de protección de los niños, niñas y adolescentes. Su presencia es también a nombre de la Red Académica de Primera Infancia que pertenece a la Red Global de ex parlamentarios que trabajan por los derechos que se encuentran en el ciclo de vida de hasta 6 años.

La presentación a realizar es la derivación de estudios que se han realizados y tiene que ver con el Libro II y III del COS, en la parte de sucedáneos de la leche materna y no su imitación (fórmulas). Menciona que existe un estudio al Código de vigilancia internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna a la que Ecuador se encuentra suscrito. Dicho estudio señala que una de cada dos madres recibe el consejo de alimentar a sus hijos con un producto lácteo de leche materna. Uno de cada dos profesionales de salud recomienda iniciar el consumo de leche de fórmula antes de los 6 meses. Hay un fuerte imaginario colectivo que se refiere al uso de las fórmulas, su interés es meramente lucrativo.

La ley es una fuente de información y de educación para toda la ciudadanía, en este caso para profesionales de la salud, por lo que considera necesario que se incluya en el Art. 116 de la norma la prohibición que tiene que ver con la fórmula, que se promueva el no uso de un apelativo

que se refiere a fórmulas y la prohibición respecto a recepción donación regalos de sucedáneos, premios, venta o prescripción y esto a su vez nos lleva a sugerir una Disposición Transitoria que busca vincular estos temas como estrategias de erradicación en la desnutrición infantil.

Hace referencia a los temas de vacunación referida en el Art. 155 del COS y resalta la importancia de vigilar la aplicación del esquema nacional de este medio, tanto a nivel de familia como a nivel interinstitucional, que deben ir de la mano, si se habla de la corresponsabilidad ciudadana con la garantía estatal de derechos. Aquí es necesario buscar la universalidad de la vacunación. La propuesta en este sentido está encaminada a *“garantizar presupuesto suficiente y el mecanismo de rendición de cuentas”* que ha sido una de las principales fallas; por tanto, todo lo que tenga que ver con vacunación y erradicación de la desnutrición infantil requiere que el Estado señale cuales son los esfuerzos que realiza en el ámbito de los derechos de la niñez.

La prevención de la mal nutrición es otro tema muy relevante dentro de lo que es el Código de la Salud. El estudio de UNICEF hace relación de la violencia intrafamiliar con variables de desnutrición, anemia enfermedades gastrointestinales, infecciones respiratorias. Los programas de información deben considerar con claridad cuáles son esos factores de riesgos que afectan el normal desarrollo en el ámbito nutricional.

El Banco Interamericano, en su estudio sobre el costo de la violencia relevo que unas de las causas de las enfermedades gastrointestinales son provocadas por los esquemas de violencia intrafamiliar. La propuesta va direccionada a incluir en el Art. 154 *“la declaratoria de la erradicación en la desnutrición infantil como prioridad nacional y la detención temprana frente a riesgos nutricionales que incluyan la identificación de factores de protección frente a la violencia; así como a la garantía del presupuesto para la cobertura garantía universal de suministros de nutrientes”*. Señala que su Organización realizó un estudio sobre el retorno de la inversión en la primera infancia y una de las cosas que se identifica principalmente es que no hay detección temprana y tampoco no hay una alerta frente a los riesgos. El Código de la Salud habla de algunos indicativos, pero no de detección temprana y, es importante incorporarlo.

Sobre los temas de formación en la temática de salud sexual y reproductiva, los estudios que se han hecho sobre el retorno de la inversión y todos aquellos que tienen que ver con promover la inteligencia múltiple de niños y niñas, es necesario que los programas de información incluyan la socialización de la sexualidad en la primera infancia, que partan por el reconocimiento de sus cuerpos. Destaca como oportunidad del Código Orgánico de la Salud, que es es visto como una inspiración para toda la sociedad, para que vinculen de manera holística, lo que es la salud física psicológica, sexual para pertinencia pluricultural y en enfoque intergeneracional. El texto actual no está como uno de los enfoques importantes y es necesario que se los incluya consideramos básico que se señale la garantía estatal en la prevención y disminución del embarazo a temprana edad, lo que conlleva a que se realicen los máximos esfuerzos por parte del Estado, tanto en la inversión como es en las intervenciones en el trabajo comunitario, de la familia y con titulares para lograr el objetivo y son varios artículos, (108, 185, 186,360) en los que es necesario insertar esa mirada de protección a la dignidad sexual, que es otro bien jurídico protegido cuando hablamos de temas de sexualidad y de los derechos sexuales en el caso de niñas niños y adolescentes, que en nuestra legislación está ausente.

La denominada dignidad sexual requiere que en la etapa de vida de adolescencia se hayan generado las condiciones de protección y cuidado que permitan un desarrollo evolutivo y adecuado, bajo este enfoque holístico de salud en su dimensión física, psicológica y sexual hace referencia al derecho de niñas niños y adolescentes a no sufrir detrimento en el plano sexual que puedan experimentar a consecuencias de acciones u omisiones vulnerantes, lo que explica el párrafo colocado tal cual es la propuesta de agregar un artículo innumerado a continuación del Art.195, del siguiente tenor:

“Art. (...) Protección a la indemnidad sexual de niñas, niños y adolescentes. - Tendrán derecho a la protección de su desarrollo evolutivo físico psíquico y sexual a través de identificación de riesgos y prevención de daños frente a atenciones e intervenciones inadecuadas, actos de violencia o de negligencia en los ámbitos familiar, educativo, comunitario e institucional, así como por otros

medios por los cuales se vulneren su integridad personal. El Estado asegurará que la política pública integral de prevención de la violencia, especialmente la sexual, se articule con políticas desde la primera infancia". Esto porque es relevante que vayamos insertando terminología que vayan acorde con estándares internacionales y con el ámbito del desarrollo evolutivo de la niñez y adolescencia. La institución de la dignidad sexual en el momento se utiliza más en la reacción el Código Penal de Guatemala y de Perú, pero como respuesta frente a hechos ocurridos y no como prevención por eso es necesario decir de lo que se habla de la capacidad frente a tomar decisión en el camino de la evolución debemos ir promoviendo y procurando el cuidado y su protección.

Respecto del acompañamientos a niñas y adolescentes embarazadas, en el derecho sexual y reproductivo, no se habla de este acompañamiento y es necesario tener un artículo autónomo que permita visualizar este elemento y que diga: "El Estado asegurará condiciones sociales, económicas y jurídicas necesarias, así como el acogimiento en los casos a requerirse. El ente rector de la política de inclusión económica y social, evaluará la condición familiar, prestaciones económicas necesarias para la consecución de los proyectos de vida de la niña o adolescente embarazada". Donde existe esta clases de situaciones hay que regresar siempre a ver a sus familias, este es un tema que cuando se habla de políticas que busquen erradicar el embarazo debe verse que es lo que está atravesando esa familia, y ahí todos los que son el aseguramiento prestaciones sociales debe estar presente, especialmente el lado jurídico cuando son por debajo de los 14 años violación y todos aquellos casos que se presume o se sospeche un acto de violencia sexual, no pueden estar ausentes todas estas prestaciones.

En cuanto a la explotación sexual de niñas y adolescentes hay un artículo que habla de la intervención de salud en el trabajo sexual. La Observación General No. 13 del Comité del Derecho del Niño se refiere a todo tipo de violencia y esta observación principalmente a lo que refiere es a que no se puede hablar de trabajo sexual de niñas y adolescente. Hay que mirar cual es el bien jurídico protegido y las vulneraciones por las que atraviesa, ahí estamos hablando de explotación sexual y si hay de por medio una retribución económica es una explotación sexual comercial y mayor la problemática cuando buscamos erradicar la trata de personas.

En lo atinente a los protocolos para la detección temprana como una noción de intervenir frente a un hecho es notoria, no así la detección de ciertos rasgos que no son visibles al ámbito de la salud y que se enlazan afectaciones emocionales. En estos casos, es necesarios contar con protocolos especializados que atiendan la detección temprana y violencia de niñas y niños adolescentes y a otras personas en condición de vulnerabilidad. No obstante que el Libro I del COS ya fue aprobado, sin embargo como hemos expresado ante el grupo parlamentario puede haber la apertura para mirar siempre y cuando prime el interés superior como el caso presente de niños y niñas, que tiene esa diferenciación de lo que es el tratamiento de la institucionalidad, debe considerarse en lo que corresponde a normar el protocolo de atenciones, que además es una recomendación internacional que se insiste en el caso Ecuador, para que en el artículo 21 de incluya la prevención de enfermedades de recuperación o rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, el acceso a la detención precoz y en armonía con los avances científicos y tecnológicos disponibles y la detención social y de salud de niños, niñas y adolescentes en condición de acogimiento institucional, que actualmente no se menciona.

Se concede el uso de la palabra a la asambleísta Blanca Poly Ugarte quien se refiere en particular a los aspectos abordados por la Dra. Fernández, con énfasis a la prioridad de la desnutrición infantil y a los indicadores de que hay un 25 % de desnutrición crónica en los niños y niñas de 1 a 5 años en nuestro país, sobre lo cual admite conocer tales cifras, pero su comentario radica en que cada vez que comparecen grupos de la sociedad civil a la Comisión, exponen lo que están pasando, pero no se reciben las propuestas de soluciones. Personalmente considera que la sociedad también tienen la obligación de ayudar al Estado y resalta en este sentido que no sola ha fallado el Estado sino además la sociedad, porque no exigen esos derechos.

En el caso puntual de la presentación se dice que se prohíban los sucedáneos o tarros de leche, porque una de cada dos madres consumen tarros de leche y se pregunta si un tarro de leche vale 7 dólares, un niño cuando nace necesita 3 tarros de leche a la semana, es decir 21 dólares y al 84 dólares, entonces pregunta a la expositora si cree que una persona pobre tiene 84 dólares, lo



que le hace meditar para quienes se está normando e inquiera ¿es acaso para la clase alta para quienes estamos legislando?, cuando de los estudio realizados se desprende que el 80% del pueblo es pobre, por tanto añade que tenemos que buscar soluciones integrales, no solamente la desnutrición infantil sino también la desnutrición de las madres, porque si está embarazada y tiene desnutrición le va a transmitir a su hijo. Dice que resulta fácil decir cortemos el uso de fórmulas que sustituyan la leche materna sin abordar como solucionamos los problemas. Expresa conformidad sobre dar prioridad a la vacunación como fase preventiva y estar así mismo de acuerdo totalmente con asignar presupuesto para estos fines.

Se concede la palabra a la Dra. Fernández para que amplíe los comentarios de la asambleísta Ugarte y aclara que no se está solicitando ni planteando que se prohíba los sucedáneos de leche materna, lo que se requiere es que se prohíban los apelativos que se refiere a fórmulas porque esa palabra es utilizada de manera discriminada. Cita el "Estudio de vigilancia al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna", realizado por la OMS conjuntamente con la OPS, que señala que ciertas denominaciones que se asemejan a la leche materna y ningún sucedáneo se equipara con la leche materna, entonces cree que el llamarle por su nombre a las cosas, es necesario. Anuncia entregar copia de dicho estudio.

Enfatiza igualmente que la otra cuestión que se solicita se prohíba es la recepción, donación de regalos de viajes que la farmacéutica ofertan como un modo de hacer promoción. Esto como parte de la Red de la Primera Infancia consideran importante, porque tal ofrecimiento a su juicio desincentiva el uso de la leche materna. Insiste las propuestas presentadas está en la línea de ayudar a promover el consumo de la leche materna que es la que incrementa las defensas de la niñez. La otra propuesta que se ha realizado es la detención temprana y atención frente a riesgos nutricionales donde esté vinculada la violencia al momento que disminuyen en la primera infancia los índices de violencia se incrementa los factores de bienestar.

Como menciona el estudio realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo y UNICEF, uno de los factores que ocasiona la desnutrición, son las enfermedades gastrointestinales si un adulto no digiere cuando está enojada, con mayor razón un niño si no consume ningún nutriente, luego de ver todos estos aspectos, se descenderá al ámbito de la normativa, de los protocolos, de las conceptualizaciones de las atenciones y donde encajan ya en el articulado desagregado.

Intervienen la asambleísta Gabriela Rivadeneira para hacer referencia a dos temas sobre la aclaración realizada por la Dra. Fernández que le parecen pertinentes porque bajo ningún concepto se podría en este caso prohibir un tema que resulta para muchas mujeres principalmente que se someten a cesaría y no desarrollan la producción natural de leche materna y es necesario en esos casos el complemento en las primeras horas o días de vida que los efectos de la anestesia pueda permitir que se desarrolle la producción normal de leche materna.

Lo que sí absolutamente claro es la necesidad de desincentivar el tema de la comercialización y utilización que muchas veces están anclados con parámetros estéticos, que es lo que ha mencionado varias veces cuando hablamos del tema de parto y cuando estamos reconociendo en este Código el parto humanizado, es volver a recapitular ciertos beneficios de procesos que tendrían que ser los normales y naturales dentro de una sociedad más humanizada y que busca permanentemente el buen vivir. En ese sentido hace mención a que por lo general muchas mujeres prefieren no dar de lactar por daño físico o estético por lo que considera la información previa y la preparación anterior al parto, incentivar también la información que da el Ministerio de Salud Pública en cada una de las visitas de control que hacen las madres de manera obligatoria y que cada vez debería ser más fuerte.

Menciona que las campañas de lactancia materna han servido de manera positiva pues frente al anuncio de las Naciones Unidas que exhortaba a los Estados miembros para no poner énfasis al tema de lactancia hubo un gran rechazo de la mayoría de las poblaciones de los países suscriptores de diferentes Acuerdos Internacionales en el que se privilegia también en uno de esos Acuerdos la potencia de la lactancia materna, es ahí donde damos la razón en el sentido de una parte de la prevención es profundizar en la sociedad con campañas que rompan mitos y que puedan generar mayor conciencia dentro de esa población. Otro aspecto a destacar es que

ventajosamente en todos estos debates se ha contado con la presencia de los delegados del Ministerio de Salud Pública para quienes el tema de la leche materna es especial relevancia y no está siendo potenciados los bancos de leche, se necesita hacerlo para poder sustituir los complementos que las primeras horas generan como recomendación de algunos doctores.

El tema de la desnutrición no está únicamente ligado a la mejoría de los sistemas alimenticio o de la lógica alimenticia, hay que hacer un anclaje directo a todo el entorno de crecimiento de niñas y niños. No se saca nada si a nuestros niños le desparasitamos dos o tres veces al año como política de salud pública, si luego llegan a sus casas, escuelas y toman agua del grifo y de manera inmediata se vuelven a parasitar y eso tiene que ver muchísimo con su desarrollo físico intelectual y situación alimentaria. Hay una serie de componentes que inciden en su salud, es la alimentación, el entorno de crecimiento, agua potable, alcantarillado, condiciones sanitarias del lugar donde están viviendo, por lo que no se solucionan lastimosamente con la mejoría únicamente de las características alimenticias. Si así fuera se podría afirmar que toda nuestra niñez rural está en excelentes condiciones nutricionales porque tienen buena alimentación y no es la realidad. En la zona rural tenemos los más altas índices de desnutrición, así como en las periferias de las grandes ciudades, justamente como producto de esta serie de componentes y factores del entorno de crecimiento.

El asambleísta Manuel Ochoa menciona tener conocimiento que 80 gobiernos en el mundo luchan diariamente para combatir la desnutrición, lo que supone que 368 millones de niños en el mundo diariamente sufren este proceso de mala alimentación. América Latina está en un promedio 34 millones de niños malnutridos según el último estudio de la FAO y hasta donde tiene conocimiento siempre su leche puede ser que supere las fórmulas que venden las farmacéuticas. Cree que se debe poner mucha atención en la contra la desnutrición, el sobre peso, especialmente de todos los niños considerando el bajo porcentaje de las estadísticas que no llegan al 40% de madres que amamantan a los recién nacidos hasta los seis meses.

Hace uso de la palabra el asambleísta Patricia Henríquez en referencia a que en el Código se han acogido sugerencias muy parecidas a las suyas, como fruto de haber recibido en la Comisión el pasado 18 de julio a la Dra. Roció Caicedo experta en lactancia materna, básicamente en cuanto a la promoción de la lactancia materna en todo el ámbito y haciendo conocer especialmente a las madres todas las ventajas que representa dar de lactar. El momento que el niño tiene problemas de salud no asimila una alimentación en forma adecuada y en la lactancia materna se hablaba justamente que por el solo hecho de sostener la madre a la criatura en sus brazos y junto a su cuerpo es una de las situaciones que mejora la calidad de vida del lactante.

Comenta además que se tocó en la referida sesión el caso de las madres en el área rural que no están correctamente alimentadas y tienen incluso problemas de anemia y que por tanto no iban a dar ningún tipo de beneficio a sus hijos en el momento que le dan de lactar y recuerda a la sala que se habló que el Ministerio de Salud contaba con un suplemento alimenticio que se les puede entregar a las madres mientras acuden en sus 9 meses hacerse su chequeo médico y que de esa manera se podía corregir ese tipo de situaciones y que la leche materna tenga mejor calidad. Sobre aquellas madres que no están bien alimentadas menciona que se les podría dar un tipo de educación o ciertas guías para que ellas puedan manejar dentro de su economía una alimentación adecuada para poder darle una buena alimentación a sus hijos.

Refiere también haber abordado el tema de los bancos de la leche materna que verdaderamente no tiene el efecto que nosotros quisiéramos, estos bancos se los utiliza para los niños que están en problemas al momento de nacer y que no hay ese conocimiento por parte de las madres para así poder ayudar a los niños que tienen problemas al momento de nacer o son niños prematuros. Por tanto, considera y está de acuerdo que debería existir mayor promoción dentro del Ministerio de Salud y de Red de medicina privada, para que puedan dar a conocer a las madres que la mejor alimentación es la leche materna, a veces hay personas que piensan en lo estético pero que si se hace conciencia a las mujeres que el hijo es lo primero y que esta alimentación primaria inicial es lo que le va dar a ese niño una ventaja en su crecimiento, se solventaría este problema. Agradece a la Dr. Fernández por sus aportes y no obstante haberse aprobado el Libro I menciona que bien podría reafirmarse ciertos temas en beneficio de mejorar el contenido y enriquecer el Código.

7 

7

Interviene el asambleísta Ángel Sinmaleza, reitera el agradecimiento por la presentación realizada que posibilita ampliar la información en provecho colectivo. Se refiere al tema de la leche materna y manifiesta que es indudable que la política pública tiene que ir por lo más general, adecuado y óptico, por aquello que no puede ser remplazado por la leche materna, pero también se debe tomar en cuenta otros factores tanto biológicos, ocupacionales, físicos y de otra índole que no van a permitir el acceso a leche materna. Señala que la provincia de Bolívar es segunda en el País que registra los índices más elevados de desnutrición y la población donde está presente la desnutrición en mayor porcentaje es de la parte alta, en el sector del páramo que rodea las faldas del Chimborazo, donde la alimentación ha sido diversificada pero no correctamente aplicada para una buena nutrición y esto a pesar de que la Universidad Estatal de Bolívar a través de las Facultades de Ciencias de la Salud y la de Agronomía, conjuntamente con algunas organizaciones sociales han promovido la creación de huertos familiares. Entonces cree que para que exista una correcta nutrición hace falta el empoderamiento de todas las instituciones y organizaciones que convergen a la solución de esta problemática.

Menciona que cuando la madre sale al campo, no puede llevar al niño porque sale muy temprano al pastoreo y regresa muy tarde, y además altas probabilidades de que los niños sufran infecciones respiratorias. El Ministerio del ramo debe buscar una posibilidad o alternativa alimenticia, dando que en el campo no pueden comprar un sucedáneo, no está al alcance de la condición económica que es realmente baja. En consecuencia, como lo ha planteado ante el frente parlamentario cree que se debe fortificar las opciones que permitan una alimentación especialmente de los micro nutrientes que el organismo necesita y aprovechar los alimentos con que se cuenta en esos sectores, principalmente el yodo, el flúor. Por tanto, la fortificación de la que se habla también tiene de pensar en aquello.

Insiste que éste es un tema de política pública que se está tomando en cuenta en el Código, pero tiene que ser una acción multisectorial y basado en una investigación para que pueda de una forma combatir el tema de desnutrición. Señala que en el Código no se puede trabajar en temas de líneas menores que pasan por temas de reglamentación y trae a colación el trabajo importante desarrollado por el Grupo Parlamentario Ecuador sin Hambre, que está realizando en la definición de la Ley de Alimentación Escolar Saludable, en la que están inmersos 30 asambleístas incluido los 3 Parlamentarios Andinos, cuerpo legal que según explica no tiene solo contenidos de nutrición, sino el componentes de alimentación de los proveedores y productores para que la alimentación pueda ser acorde a los diferentes sectores, para que el niño de acuerdo a su componente de alimentación familiar apegado y agradable con su realidad.

Se concede la palabra al Asambleísta por un día Ing. Wilson Merino quien se refiere a que la pobreza de una familia no solo se manifiesta por la falta de acceso de ingresos mínimos, sino también por otro tipo de dimensiones como son el acceso a la salud, sanidad y nutrición. El efecto en la pobreza en las primeras etapas de la vida puede tener unas consecuencias para la salud a largo plazo. En otras palabras, experimentar la pobreza a los 3 primeros años de vida se relaciona con el estado nutricional personal y habilidades motoras deficientes, esto le dice un estudio del RISCO del 2011. En el Libro II planteado por la Red de Acuerdo Contra el Cáncer había planteado dentro de una de las siete propuestas, hacer énfasis en el tema de investigación que tiene que ver con el pacto multidimensional de la pobreza en la salud de las personas. El mismo estudio referido dice que los niños que tienen una mala nutrición durante los 3 primeros años de vida, tienen mayor predisposición a desarrollar cáncer en los 15 años de vida. Por tanto considera que es importante volver a tomar este anhelo dentro de las líneas de investigación de los determinantes sociales y específicamente lo que tiene que ver respecto de la pobreza multidimensional que ya ha sido adoptada por varios países, que tiene impactos significativos en el conocer las necesidades puntuales frente a diferentes comunidades.

La asambleísta Patricia Henríquez plantea la pregunta a los médicos sobre ¿qué es más beneficioso dar a los niños la leche materna de una madre de familia con desnutrición o un suplemento alimenticio a su alcance?

La asambleísta Blanca Ugarte toma la palabra y en alusión a los casos de alimentación en zonas de páramo planteadas por el asambleísta Ángel Sinmaleza señala que el menor índice de Cáncer de mama es en la región amazónica que atribuye a que esa cultura es dable que tengan entre 10 a 12 hijos, cuyas madres luego que dan de lactar no les queda una micro calcificación que es la consecuencia de un cáncer de mama. Es importante menciona hacer una investigación interna que debe ser prioritaria y plasmar sus resultados dentro de este Código, desarrollando la parte de predicción que es el componente genético y bajar las consecuencias de desnutrición marcada por regiones.

El asambleísta Ángel Sinmaleza interviene para mencionar la opción planteada de garantizar un presupuesto para intervenciones de personas con discapacidad, no es la única pues hace poco hablamos de garantizar un presupuesto para cáncer y para otras enfermedades. Cree que sería lo ideal lo alcanzable, pero no es lo real. Señala que es preciso ayudar a buscar las alternativas, quizá definiendo que el propio organismo rector regule esta materia de acuerdo a las reales disponibilidades, en función a la curva epidemiológica del momento u otros criterios de prioridad que hay que analizarlo.

Se concede la palabra a la Dra. Fernández para que absuelva las inquietudes formuladas por dos asambleístas y responde con la complacencia de confirmar que el grupo es deliberante y reflexivo y señala que en cuando a la primera infancia es la etapa más prioritaria y ahí señalar que la garantía el Estado no es una alternativa, es justamente lo que, en esta pirámide, esta trilogía es quien garantiza o definen los corresponsable entre quienes constan los titulares de derecho. El tema debe de manera integral, analizar las mejores formas junto a los esfuerzos estatales, de allí la importancia de la rendición de cuentas, el conocer donde se van ciertos recursos, son necesarios o no, dónde están faltando esos recursos y las opciones de reinversión. Esta reingeniería institucional es necesaria para mejorar y definir prioridades a las otras problemáticas e invito a revisar lo que atraviesan la niña respecto a la seguridad sexual.

La asambleísta Patricia Henríquez formula una reflexión referida a que se ha hablado muchos acerca de los derechos, pero no de los deberes y obligaciones cree que es deber de la Asamblea Nacional para definir un tipo de sociedad donde exista equilibrio entre los derechos que se exigen y otorgan y los deberes y obligaciones que se cumplen y retribuyen.

El Presidente menciona que este Código de la Salud una de las cosas que propone como tema fundamental es la lactancia materna y a esto es lo queremos darle mayor fuerza y contundencia y se tenemos que mejorar el articulado se lo hará pero por sobre todas las cosas subrayando que no hay aspectos más importantes que la lactancia materna.

Obviamente no podemos entrar en el campo de la irresponsabilidad de no tomar una alternativa para el caso de que no exista la posibilidad de que una madre no pueda dar de lactar a su hijo. En referente al caso de nutrición infantil cree que no sacamos nada mejorando la alimentación o vitamina si no se corta de raíz el verdadero problema y uno de esos que es el causante principal de la desnutrición de nuestros niños es la falta de servicios básicos y ahí se genera una responsabilidad compartida no solamente en el campo de la salud, sino en todo el entorno de institucionalidad del país incluyendo los Gobiernos Autónomos Descentralizadas y la sociedad civil organizada para luchar con este problema serio del país.

El Presidente agradece a la Dra. Fernández y anuncia la comisión general para recibir y dar la bienvenida al Dr Jaime Espín, profesor del Centro de Investigación en de la Escuela Andaluza de Salud Pública de España, Asesor de la Comisión Europea sobre política de medicamentos, Asesor del Banco Mundial en la reforma de Colombia, Asesor de Política de Precios en Medicamentos de la OMS.

El Dr. Espín agradece la invitación y destaca que presentación se centrará en explicar algunos elementos que en su opinión sería interesante considerar en el Código que se está trabajando bajo un esquema muy tradicional de regulación de precios en medicamentos.

En los últimos años tenemos en el mercado medicamentos que cuestan un millón cien mil euros que son como un millón doscientos mil dólares lógicamente un sistema clásico de regulación de precios no funciona, en Europa lo estamos viendo un sistema de regulación de precios funciona en algunas situaciones específicas, básicamente con genéricos, pero en algunas tecnologías posiblemente tengamos que avanzar e innovar nuevos instrumentos esto es un ejemplo, en los últimos años hemos visto un nuevo esquema de negociación entre los ministerios y proveedores sanitarios, imaginemos que una paciente gasta 50 mil dólares para el tratamiento de cáncer de mama y la paciente no se cura, básicamente el sistema sanitario ha perdido 50 mil dólares y la paciente evoluciona en su enfermedad y posiblemente muera que ocurriría en el caso que el fármaco no funcione y el laboratorio nos devuelva el dinero.

Esto que parece un Manual de política de riesgos, actualmente está ocurriendo en muchos países europeos, ante la situación de medicamentos de alto precio se está financiando solamente en los casos en que el medicamento cure o produzca resultados en salud que están prometidos. El acuerdo entre el gobierno de España y el laboratorio decía que aquellos pacientes respondan de acuerdos a criterios clínicos serían los que estuvieran financiados por lo cual todos los pacientes con la enfermedad recibirán el tratamiento y el Ministerio de Salud solamente financiara aquellos pacientes que reciben todos los estados de salud que están previstos. como podemos ver esto es un cambio de paradigma en el sistema tradicional nosotros compramos un fármaco lo tomamos para el dolor de cabeza, si no nos quita el dolor hemos perdido el dinero y eso no importa en un fármaco de tres dólares, pero en un fármaco de 30 o 40 mil dólares, sin duda alguna tenemos que cambiar el modelo actualmente esto no está recogido en vuestro Proyecto de Ley.

En gráfico presentado en año 1993 por el Britimedical Junior y les explicaba a los gestores sanitarios que si se gastaba mucho dinero para salud nos queda muy poco dinero para el resto de gastos y todo lo que saquemos de la financiación pública tiene que ser muy eficiente; por ello, en el último año lo que hemos visto que el modelo tradicional de regular el precio es mucho más complicado que el sistema que hemos utilizado siempre. En el sistema tradicional es que cogemos un medicamento para el cáncer que nos dan una solvencia para 10 meses la anterior valía 30 mil dólares y siguiente 40 mil dólares ese modelo no puede seguir funcionando porque si encontramos un caso de un fármaco que nos da 3 años más de vida no tenemos dinero para financiarlo, hemos visto que los pacientes se han curado, por eso ha surgido todo tipo de instrumento de negociación entre los gestores sanitarios y los proveedores sanitarios.

En vuestra legislación cabe la posibilidad de introducir nuevos instrumentos de fármacos aquí les indicare y explicare unos ejemplos y como pueden ver esto es un instrumento muy básico que se lleva utilizando en Europa hace 20 años. El precio de medicamento está determinado por el volumen, nosotros negociamos con el proveedor, hicimos el nuevo fármaco para la hepatitis C. cuesta mil dólares, pero si al final del año hemos vendido más de 20 mil unidades el precio va hacer 800 este es un instrumento tradicional que se utilizamos en muchas partes por concurso público ese sistema se utiliza en casi todos los países europeos como ven es un instrumento muy simple y el precio por volumen. Sin embargo el último año hemos visto que los instrumentos simples posiblemente no responda con las necesidades complejas, nosotros tenemos un presupuesto cada año y supongo que en Ecuador pasa como en España decimos que vamos a gastar mil dólares en fármacos y hemos gastado mil doscientos y porque lo hacemos, básicamente hay dos responsables de que gastemos más de lo previsto es el gestor sanitario que no lo está haciendo bien y la industria farmacéutica que está utilizando su fuerza de marketing para vender más no hay dudas ellos son los culpables, lo que hacemos es que al final del año si gastamos 1200 los 200 nos vamos a repartir el riesgo 100 lo va a sumir el gestor sanitario por no verlo gestionado en un modo adecuado y 100 lo va a sumir la industria farmacéutica de acuerdo a su volumen de ventas esto que parece un poco utópico ocurre en Bélgica, Francia e Italia en el 2002, Hungría 2003, Portugal 1997.

En Francia es muy fácil cada año se reúne el parlamento y dice si el PIB va aumentar un 3% el gasto farmacéutico puede aumentar un 3 % y no nos encontramos con situaciones que ocurre en Europa específicamente en España que hubo un tiempo que el PIB aumentaba 4% y el gasto farmacéutico gastaba un 10%. ¿qué ocurriría en vuestra familia si el salario aumentaría en un 2% y el gasto un 20 %?, sin duda llegarías a la banca rota. Por tanto, algunos de estos tipos de

instrumentos nos pueden ayudar como hemos visto en el caso de la hepatitis C, un caso que ocurrió en España y realmente se controló en un precio de volumen y básicamente tuvimos un techo de gasto. ¿conocéis el alcance del techo de gasto?, es un Acuerdo entre el gobierno y las industrias farmacéuticas en el cual se dice vamos a gastar máximo 100 millones de dólares y si nos pasamos ese porcentaje el siguiente medicamento lo tendréis que suministrar de modo gratuito, eso ocurrió en España con un plan específico de hepatitis C, se llegó a un acuerdo con la industria de un cierto volumen las siguientes dosis serán administrada de modo gratuito, estos modelos son bastantes simples en los últimos años hemos evolucionado con un modelo mucho más complicado.

El sistema Británico deja muchos fármacos sin financiar porque básicamente son medicamentos no eficientes, la población Británica no sale a la calle para protestas, se sabe que hay un fármaco que es más eficiente hay garantías que estos fármacos cubre la lagunas terapéuticas que tenemos, el problema llega cuando nos encontramos un fármaco que el sistema Británico decidió no financiar no había alternativa terapéutica con lo cual el laboratorio llegaron a un acuerdo de darle a todos los pacientes el fármaco que tengan la patología a pacientes respondedores que el sistema público va a financiarlos y a los pacientes no respondedores van a abandonar el tratamiento y el laboratorio va a devolvemos el dinero, esto ocurrió en el año 2007 un cambio total del paradigma, paciente que no llega a un cierto nivel de proteína M el sistema público reclama el dinero y el laboratorio de vuelve el dinero.

Lo más importante es que cuando el sistema público hace este tipo de acuerdo, un modelo win win donde todos ganan: la industria porque tiene producto en el mercado, el pagador que tiene los pacientes cubiertos, los pacientes por el acceso al medicamento, y si los pacientes no se curan devolvemos el dinero a los pacientes no curados.

Por ultimo tenemos el modelo italiano que posiblemente es un modelo mucho más simple pero interesante el Ministerio negocia con el laboratorio negocian un precio en un fármaco de 100 te voy a pagar 50 si el paciente responde te pago el resto, en cambio si no responde no ten pago nada más, el peor escenario es el último porque básicamente pierde el paciente y el modelo ideal es el primero porque el paciente se cura. Dice haber participado en acuerdos en España con negociación y van a necesitar ya dos años que la industria llegue a un acuerdo con el Ministerio no son negociaciones fáciles pero al final se llega a un acuerdo y sea mucho más eficiente, quiero concluir con este ejemplo a veces tengo una sensación de colaborar dando de la mejor manera de que todos ganemos y con este tipo de acuerdo tiene una muy buena experiencia internacional la mejor manera de que un fármaco llego muy pronto al paciente ha sido por este tipo de acuerdo.

Interviene la asambleísta Blanca Poly Ugarte, quien manifiesta su complacencia por la exposición que dice va en la misma línea de su pensamiento quizá porque conoce la realidad de Italia donde cualquier farmacia que tenga convenio con el Ministerio de Salud Pública con la orden del médico entrega el medicamento al paciente liberándolo de un problema engorroso de entrega de medicamentos.

En cuanto a las negociaciones que ha referido el ponente precisa no estar hablando de un medicamento de menor costo, sino de un producto más eficiente, que es lo que realmente se necesita, porque se pueden comprar un medicamento y no se cura, que es algo que según comenta le ocurrió personalmente, realizando exámenes y suministrándole medicamentos para la presión sin ningún efecto, que no sea costos superiores a 300 dólares, cuándo en su opinión se podría haber resuelto si le prescribían el medicamento adecuado.

Le parece muy importante lo que se acaba de exponer, lo cual merecería ser analizado, no obstante que no se cuenta con el cuadro básico pese a haber transcurrido más de cuatro años. Argumenta que esta negociación podría resultar favorable en el caso de enfermedades catastróficas que son muy caras, pues de otro modo, solo las personas que tienen un seguro médico o los que tiene la probabilidad de tener un seguro internacional se salvarían. En cambio, cree que si se llega a esa negociación se puede llegar a una solución de un problema que realmente nos afecta, porque si se negocia cantidades y medicamentos para entregar un medicamento no por persona, sino hacerlo en función de volumen y con evidencias científica y

llegar a acuerdos, con riesgos compartidos entre el vendedor del medicamento y el Ministerio de Salud, que habría que valorarlo ya que en la actualidad nosotros tenemos un proceso por medio del SERCOP, que podría demorar pero es una alternativa para curar a todos incluyendo la gente pobre frente a medicamentos costosos para este tipo de enfermedades. El país tiene que ajustarse y correr riesgo las farmacéuticas y el ministerio de salud así los únicos beneficiarios serán las personas y especialmente los enfermos que menos tienen.

Se concede el uso de la palabra al asambleísta Ángel Sinmaleza que manifiesta que la exposición abre algunas aristas pero principalmente evidencia que en esta Comisión ha sido eminentemente democrática para conocer cuáles son los planteamientos bajo los contenidos técnicos, científicos, de carácter internacional, sobre todo en la legislación comparada y manifiesta que su inquietud va en el ámbito de los mecanismos de negociación del Estado muchos de ellos van con ese procedimiento y señala que en el país se cuenta con un cuadro esencial o básico de medicamentos en donde prácticamente se definen ciertos medicamentos que se deben comprar y la fijación de precios dice, es otro mecanismo que tiene que ver con la regulación del mercado. En ese contexto afirma que el Código Orgánico de la Salud, en gran parte ya lo establece y reitera que líneas menores no han sido consideradas porque se tendría un documento de mayor volumen que el actual que se prevé tendrá más de cuatrocientos artículos, por demás grande.

Este código, menciona, certifica la calidad, la seguridad y la eficacia y tendremos que promover aquello para que el paciente bajo estos conceptos sea beneficiado. Su planteamiento está enfocado en que las transnacionales juegan un papel importante, y reitera su afirmación de no estar apartados de alianzas públicos privados y, añade que en la Asamblea Nacional se han tratado temas interesantes, pero sobre todo privilegiando el espacio de la calidad en beneficio del ser humano. Considera interesante lo aplicado en España e Italia, pero dice ¿cuáles son los sistemas? y ¿cuánto aporta el ciudadano en ese sistema?, y cree que hace falta un estudio comparado de manera urgente porque nosotros tenemos garantizados la salud universal. En otros países el tema de seguros hace que el acceso a la salud se vea reflejada en una grande contribución de impuestos y habría que hacer un análisis comparado que despeje cualquier duda que se pueda generar alrededor de estar dando paso a las transnacionales o a otra clase de empresas, sino más bien que en el ejercicio democrático podamos tomar la mejor decisión.

Interviene la asambleísta Patricia Henríquez, que califica de interesante este tipo de negociaciones que hace estos gobiernos especialmente los Ministerios en cada país, y no sabe si lo hacen individualmente o a través de la Unión Europea como bloque, dentro de una política que implica no pelearse con la farmacéutica, sino buscar el mecanismo que pueda responder a las necesidades y mejorar la situación de compras y para que la economía de los ministerios pueda ser más eficiente.

Reitera que nosotros tenemos un cuadro nacional de medicinas básicas o esenciales de acuerdo a las enfermedades que tiene el país dentro de los servicios que da el Ministerio de Salud. Le interesa conocer cuál es el monto del presupuesto y que se debería tomar muy en cuenta en las negociaciones, Si los medicamentos sirven o no y que haya la posibilidad del reembolso para aquellos casos de medicamentos que no tienen la efectividad adecuada. Los ejemplos citados cabría tenerlos en cuenta dentro del Ministerio de Salud para que nos puedan servir de forma adecuada. Lo básico es ganar, ganar y es algo que no ha existido, enfatiza en que la honestidad y, la seguridad es lo básico para llevarle a la población las necesidades y cumplirlas con ella, aunque no va hacer posible con el presupuesto que tenemos llegar a todos los enfermos no se va a poder el 45% de los gastos en medicina lo hace la ciudadanía el resto lo hace el ministerio, pero debería ser lo contrario.

El Dr. Jaime Espín vuelve a intervenir para despejar las inquietudes precedentes y señala que este tipo de instrumento no sirve para todo tipo de medicamento no tiene sentido negociar con estas farmacéuticas para el descuento de 1% omeprazol pues para eso existen ya los concursos públicos, lo que ocurre la mayoría de los productos del cuadro básico y a tener en cuenta es que no se cubran costos mayores a los que están pagando los países del entorno, Colombia, Perú: Los instrumentos que se han explicado aquí aquellos que permiten el acceso de nuevos fármacos de muy alto con respecto a su valor terapéutico. El problema que a su juicio ha encontrado es que

Código que tenemos sobre la mesa habla muy bien de seguridad, eficacia de evidencia clínica no habla de evidencia económica hay productos que tienen buena evidencia clínica, mi pregunta es ¿son sostenibles para el sistema sanitario? Yo creo que no.

Señala que su papel es informar que sería más interesante que el concepto de sostenibilidad este mejor detallado en el Código, porque el tema de evidencia lo cubre muy bien, pero podemos pagar la evidencia clínica, podemos regalarle a todo el mundo, no podemos. El tema de la preocupación por las transnacionales es un asunto de preocupación que existe aquí, Colombia en España, pero vosotros también lo tenéis muy bien cubiertos en vuestra legislación, hay artículos sobre las licencias obligatorias, en Europa no hay alguna legislación que hable sobre las licencias obligatorias, tienen un instrumento legal muy potente para decirles a las transnacionales que ustedes también tienen sus derechos y que los ciudadanos tienen el derecho al acceso a los medicamentos.

El papel del paciente es clave, la experiencia europea nos dice que el paciente participa en el pago del fármaco, finalmente en medicamentos muy baratos, aspira omeprazol. En los países de Europa no hay el concepto de enfermedad catastrófica o el medicamento de alto costo que se tiene en América Latina. Existe una concienciación europea hace muchos años después de la segunda guerra mundial que el medicamento de alto costo tiene que estar financiado por el sistema sanitario público. Nosotros en la mayor parte de los países tenemos el sistema universal de salud pagamos impuestos. Los requisitos para acceder al fármaco están muy basados en la evidencia, no porque tenga la enfermedad tiene acceso al medicamento, tiene la enfermedad y un conjunto de criterios clínicos. El papel del paciente es corresponsable, si no toma la medicación se le puede retirar la medicación.

Respecto a la pregunta que hicieron sobre el papel de Europa ante la preocupación de países pequeños que no podían tener grandes negociaciones debo recordar que en Europa tenemos países como Malta o Chipre. En el caso de Malta con doscientos mil habitantes hay negociaciones conjuntas con varios países. La última vez que estuve aquí había una reunión de UNASUR para hacer negociaciones conjuntas en Centroamérica. Todos los países se reunieron conjuntamente para negociar, eso va mucho más allá de lo que yo planteaba aquí ese es otro instrumento de volumen yo planteaba instrumentos básicamente país, si queremos emitir una licencia obligatoria vamos a intentarlo, pero el desgaste profesional, posiblemente hay instrumentos mucho más simples.

El último punto es de un elemento clave que quiero resaltar no hay en un país en el mundo ni siquiera Luxemburgo que pueda cubrir todo para todos, nadie puede por lo cual no tiene que ser el objetivo, sino tratar de cubrir para el mayor número de pacientes, el otro punto me parece que un evento clave en que se debe trabajar es que el costo del bolsillo del paciente no tiene que ser tan alto que aquí habían dicho un 45% último año la medida de España es un 6% hay una barrera muy importante entre el 45% y el 6% posiblemente hay que buscar una cifra óptima que esta entre el 15 y el 10% pero si se dedican a negociar medicina de alto costo antes se tiene que empezar a trabajar con esto del pago de bolsillo para que los pacientes puedan acceder al reto.

El Presidente William Garzón agradece al Dr. Espín y menciona que es fundamental para nuestro país tener en cuenta las experiencias que sucedan en otros lugares o en otros continentes, indiscutiblemente son importantes analizarlas, pero obviamente hay que mirar nuestra realidad para determinar qué tan factible puede ser adaptarlos a nuestro medio donde una condición sine qua non debe ser la evidencia científica. No cabe que a través de una propuesta de estas tengamos la oportunidad de ingresar un medicamento, con el pretexto del que cubrir el 50% y si le hace bien le pago el resto o no pago nada. Insiste que es fundamental puntualizar la evidencia científica para negociaciones en nuestro país.

El Dr. Jaime Espín señala que no hay duda, pero voy a poner un ejemplo de enfermedades raras consideran evidencia clínica o ensayo clínico con 10 pacientes en la patología donde posiblemente el país tenga más pacientes, ¿Qué hacemos con una evidencia clínica de 20 pacientes? En un ensayo clínico que está probado por la FBA ¿no es suficiente evidencia? para mí como experto en política de reembolso no es suficiente evidencia si es un ensayo clínico con 10

pacientes. Personalmente en el caso analizado no incorporaría automáticamente a todos los pacientes un ensayo de pacientes clínicos de 1 año cuando es una enfermedad crónica cuidado con el concepto de evidencia que todos conocemos la pirámide de evidencia y encima del ensayo clínico está el análisis.

El presidente menciona que habrá casos puntuales que tendrán que ser revisados, agradece al doctor Jaime Espín en su interesante aporte y da la bienvenida al Dr. Peter Sanipatin Presidente del Colegio de Psicólogos de Pichincha.

El Dr. Sanipatin agradece a los asambleístas por ser recibido en esta sesión menciona que, en cumplimiento de la responsabilidad como gremio en el desarrollo de la psicología en el país, es importante destacar un aspecto que podría ampliar la visión con respecto a la lactancia materna que a su juicio es un vehículo por el cual una madre que en todo ese proceso de embarazo ha guardado en el mejor de los casos el deseo de ser madre y de criar a un hijo, todo esto como un deseo que se materializa en el momento que el bebé tiene contacto con su pecho, el bebé que es una masita de carne viva latente que ya ha completado todo su proceso genético de crianza, debe ahora sobrellevar el proceso de subjetivación, es decir de pasar al mundo de la simbolización que no es otra cosa sino la parte de la relación de madre e hijo, de la familia y sociedad. Esta circunstancia le va a permitir al niño convertirse en un sujeto a través del afecto y cariño madre – hijo, cuyo único contacto es la leche materna, es la lactancia, sentirá que su deseo se materializa es decir introducirle en el mundo del lenguaje, en el mundo de la realidad.

Entonces que ocurre si se interrumpe este proceso en los 9 meses. Si se interrumpe en los tres primeros meses, podría venir como consecuencias que el niño se quede atrapado en el autismo que es una enfermedad de serias consecuencias de la que no existen soluciones, cuando pasa los 3 meses viene el proceso de superar el momento de la psicosis porque a través de ese proceso el niño entra en el mundo de la realidad y supera el momento de la psicosis o esquizofrenia, este es un momento muy importante en la formación del niño, del futuro hombre, que siempre lo ven vinculado a la lecha materna por tanto, no solo tomar en cuenta el aspecto de la desnutrición si no en la formación del niño como futuro sujeto de la sociedad, finaliza citando que este aporte deja a consideración de los presentes.

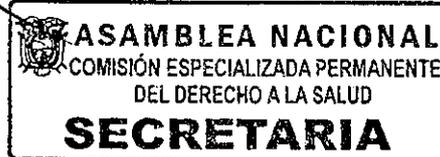
El Presidente agradece la intervención y comenta el caso de 3 niñas, cuya la madre pudo dar de lactar a dos de ellas y es marcado la diferencia de afecto y cercanía de las dos niñas con su madre a diferencia de la que no dio de lactar, no se tiene datos estadísticos, pero es una realidad que tiene coherencia sobre la necesidad de la lactancia materna que ha tratado el Dr. Sanipatin y se procede a la entrega del certificado del Asambleísta por un día Wilson Merino.

Siendo las doce horas cuarenta y cinco minutos (12H45), se suspende la sesión.

Dr. William A. Garzón Ricazurte,
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN
DEL DERECHO A LA SALUD



Dr. Fernando Paz Morales
SECRETARIO RELATOR DE LA COMISIÓN
DEL DERECHO A LA SALUD



2018-08-27
CDS-FOPA



**COMISIÓN ESPECIALIZADA PERMANENTE
DEL DERECHO A LA SALUD**

ACTA RESUMEN DE SESIÓN ORDINARIA

NÚMERO DE SESIÓN: 242 Continuación

FECHA: Miércoles 1 de Agosto del 2018

HORA: 10H00

ASAMBLEÍSTAS QUE ASISTEN: Ana Galarza Añazco, William Antonio Garzón Ricaurte, Patricia Henríquez Jaime, Manuel Alfredo Ochoa Morante, Gabriela Rivadeneira Burbano, Ángel Sinmaleza Sánchez, Blanca Poly Ugarte, Carlos Vera Rodríguez y Jorge Yunda Machado.

INVITADOS QUE ASISTEN: Doctora Sonia Quezada, Asesora de la OPS.

COMISIÓN GENERAL: para recibir a las siguientes delegaciones:

Señor René Baldeón, representante de varias personas con discapacidades.
Dra. Laura Cotarelo, Asesora del Género de Plan Internacional.
Dra. Leonor Fernández, Especialista de Protección de CHILDFUND- ECUADOR.
Dr Jaime Espín, Asesor de la Comisión Europea sobre política de medicamentos.
Dr. Peter Sanipatin Presidente del Colegio de Psicólogos de Pichincha.

ASAMBLEÍSTA POR UN DÍA: Ing. Wilson Merino de la Red Acuerdo Contra el Cáncer.

OBSERVACIONES – ACUERDOS:

El representante de varias personas con discapacidad, abordó la problemática de salud y de incidencia laboral. La representante de Género de Plan Internacional, presentó recomendaciones al Código Orgánico de la Salud respecto de los artículos del 104 al 108, del 151 al 158 y del 185 al 187. El Especialista de Protección de CHILDFUND- ECUADOR compartió temas de cuidado de protección de los niños, niñas y adolescentes, derivados el Libro II y III del COS, en la parte de sucedáneos de la leche materna y no su imitación (fórmulas).

El Académico del Centro de Investigación de la Escuela Andaluza de Salud Pública de España, Asesor de la Comisión Europea sobre política de medicamentos, Asesor del Banco Mundial en la reforma de Colombia, Asesor de Política de Precios en Medicamentos de la OMS explicó las experiencias internacionales y los nuevos instrumentos para financiar medicamentos. Destacó que no hay en un país en el mundo que pueda cubrir todo para todos, el objetivo debe ser tratar de cubrir para el mayor número de pacientes y el otro punto es que se debe trabajar en el costo del bolsillo del paciente no tiene que ser tan alto posiblemente hay que buscar una cifra óptima que esté entre el 15 y el 10% pero si se dedican a negociar medicina de alto costo antes se tiene que empezar a trabajar con esto del pago de bolsillo para que los pacientes puedan acceder al reto.

Lo fundamental para nuestro país es tener en cuenta las experiencias que suceden en otros lugares o en otros continentes, indiscutiblemente son importantes analizarlas, pero obviamente hay que mirar nuestra realidad para determinar qué tan factible puede ser adaptarlos a nuestro medio donde una condición sine qua non, debe ser la evidencia científica.

