Caso Furukawa

Reporte preliminar sobre la situación socioeconómica y de salud de las víctimas de esclavitud moderna en Ecuador

Introducción

Después de un largo proceso jurídico, el 21 de noviembre de 2024 la Corte Constitucional reconoció que la compañía abacalera Furukawa Plantaciones C.A. mantuvo en sus haciendas una práctica análoga a la esclavitud conocida como servidumbre de la gleba. Este sistema consistía en aprovecharse de personas en condiciones de extrema vulnerabilidad para que vivan en precarios campamentos instalados en el interior de las haciendas y cosechen abacá en beneficio de Furukawa. La vulneración de derechos se extendió por al menos tres generaciones, sin que su condición de vulnerabilidad pudiera cambiar.

En la sentencia 1072-21-JP/24 la Corte Constitucional declaró que Furukawa violó la prohibición de la esclavitud en perjuicio de abacaleros y abacaleras que vivían en sus haciendas, anulando su dignidad humana. Adicionalmente, la Corte verificó que se generó un daño general a todas sus víctimas, así como afectaciones desproporcionadas a las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, los adultos mayores y personas que sufrieron mutilaciones al cultivar el abacá.

La Corte también reconoció la responsabilidad del Estado Ecuatoriano, a través de sus instituciones públicas los Ministerios de Trabajo, Salud, Inclusión Económica y Social, Educación y Gobierno. En este sentido, la sentencia declara que las entidades públicas accionadas omitieron su deber de adoptar medidas de prevención y protección ante la servidumbre de la gleba.

Por ejemplo, la Corte determinó que, previo a 2018, el Ministerio del Trabajo y el **Ministerio de Salud debieron conocer la situación en la que se encontraban las y los abacaleros y arrendatarios y adoptar medidas al respecto.** En la sentencia también se menciona que **las medidas adoptadas por las entidades públicas accionadas posterior a 2018 fueron insuficientes.**

Transcurridos casi dos años desde la expedición de la sentencia, el nivel de cumplimiento de la orden dirigida al Ministerio de Salud Pública (MSP) -entidad responsable de garantizar la atención médica prioritaria, integral y especializada a las víctimas reconocidas en el proceso- resulta aún insuficiente respecto a los parámetros establecidos en el fallo.

Apuntes metodológicos: limitaciones y oportunidades del reporte

Entre enero y julio de 2026 se contactó[1] a 89 personas que forman parte del primer grupo de accionantes, el cual incluía a 123 trabajadores y trabajadoras abacaleras para recoger información socioeconómica y de salud. En este sentido, es importante mencionar que desde 2021 fallecieron al menos diez personas; así mismo, una persona se encuentra en situación de calle y otra tiene paradero desconocido[2]. Es decir que, este reporte no incluye datos de 22 personas del primer proceso jurídico. Sin perjuicio de aquello, el objetivo que persigue el reporte es **actualizar, ampliar y analizar la información para generar incidencia y exigencia a diferentes escalas**.

Metodológicamente el levantamiento se realizó a través de entrevistas telefónicas, utilizando una ficha con preguntas que cubrían cuatro dimensiones: salud, situación socioeconómica, vivienda y educación. A través de la entrevista se recopilaron datos cuantitativos que permiten observar elementos como la composición de la muestra en cuanto a género, grupos etarios, lugares de residencia, número de personas con acceso al sistema de salud pública o a bonos ofrecidos por el Estado ecuatoriano.

Así mismo, el reporte deja ver el tipo de enfermedades más comunes, desagregadas por género y edad. Los resultados obtenidos no sorprenden, enfermedades como diabetes, presión alta, problemas ginecológicos, de próstata, dolores de cuerpo, articulaciones, y **otras muchas afecciones sin diagnosticar** son el resultado de una vida de precariedad y extrema pobreza, sin acceso al sistema de salud y que con el paso de los años son condenas a una muerte lenta.

Las entrevistas también permitieron observar una parte más cualitativa. Por ejemplo, a través de los relatos de muchos trabajadores y trabajadoras abacaleras se percibió la crisis del sistema de salud pública en Ecuador. La reducción del presupuesto en el MSP[3] [4] se pone de manifiesto en el desabastecimiento de insumos y medicinas básicas, y, la falta de profesionales en los hospitales y subcentros de salud de la red pública. Como veremos a lo largo del reporte y a algunos testimonios, frente a la falta de acceso al sistema de salud, las enfermedades se complejizan hasta convertirse en problemas más severos, incapacitantes o incluso mortales.

[1] El levantamiento de información fue liderado por la Comisión Ecuménica de Derechos Humanos (CEDHU) y contó con el apoyo de KUSKA Estudio Jurídico.
[2] José Pienada y César Napa (respectivamente).
[3] De acuerdo al reportaje "La crisis de la salud pública en Ecuador, explicada" de Pamela León, publicado en el portal Gk, el MSP recibió en 2023 un presupuesto de $3.219 millones de dólares (el más alto de su historia reciente). En 2024, el monto ascendió a $2.959 millones; en 2025 fue de $2.798 millones. Es decir que, en tres años el recorte fue de 421 millones de dólares.
[4] De acuerdo con un reportaje "El presupuesto público para medicamentos bajó de USD 440 a 279 millones en tres años: ¿Quién financia la salud en Ecuador?" de María Belén Arroyo publicado en Vistazo en junio de 2026, en 2026 el presupuesto del MSP fue de $2.767 millones de dólares.

La recolección de datos se realizó mediante entrevistas telefónicas, una modalidad con limitaciones, especialmente en cuanto a la comprensión y comunicación de los temas tratados. A lo anteriormente descrito se adhiere que en el levantamiento de información intervinieron seis personas, factor que contribuyó a una menor homogeneidad en la profundidad y el nivel de detalle de las respuestas obtenidas.

Sin embargo, el limitante más grande consistió en que muchas de las personas entrevistadas normalizaban el dolor en el cuerpo. Por tanto, mucha información quedó fuera del análisis. Por otro lado, y, debido al estilo de vida de precariedad absoluta que los acompaña, en muchas ocasiones desconocían los nombres de las dolencias, los medicamentos y tratamientos requeridos. Como resultado, la información en muchas ocasiones resultó en "desconocida" o incompleta, lo que no implica que haya sido inexistente. Aunque, estas **inconsistencias podrían limitar la precisión de algunos resultados**.

A pesar de las dificultades mencionadas, se depuró y unificó criterios y se consolidó la base de datos en un archivo de Excel. Considerando estos limitantes, el reporte, **especialmente en la sección de salud**, debe entenderse como un **análisis descriptivo y exploratorio a partir de la información levantada**. Los resultados permiten reconocer características, distribuciones y posibles necesidades de revisión. Además, podrían orientar procesos posteriores de validación y actualización de la base de datos.

La sección de salud, adquiere riqueza al ser un lugar de análisis más cualitativo y polifónico, pues se abre el espacio a las voces y testimonios recogidos durante el proceso, lo que genera un contraste para el análisis general.

Finalmente, y, en cuanto al tratamiento de la información personal, antes de iniciar las entrevistas se informó a cada persona el objetivo del levantamiento y se solicitó el consentimiento para continuar con la entrevista o en su defecto grabar la conversación. Además, se dio a conocer que el procesamiento y análisis de la información estaba orientado a la ejecución de la Sentencia. Por tanto, los nombres de las personas se mantienen en el anonimato y el análisis y tratamiento de los datos es grupal.

Algunos datos del reporte

- **Personas fallecidas por problemas de salud**

Antes de analizar los datos de salud de las personas que continúan a la espera de la ejecución de reparación, consideramos oportuno mencionar los decesos de las personas accionantes y sus causas. Como se observa en la tabla 1, los fallecimientos se registraron hasta 2023, fecha en la cual todavía no existía una sentencia por parte del a Corte Constitucional. Sin embargo, en la sentencia de primera instancia, el juego a cargo ordenó por primera vez al MSP brinde atención prioritaria a las víctimas.

Por su parte, el MSP reportó que desde enero 2018 ofreció el servicio de atenciones médicas a los "usuarios del caso Furukawa", entre otras ofrecieron charlas de prevención de enfermedades y toma de muestras para exámenes, así como atenciones en diferentes especialidades médicas en los centros de salud más cercanos a las haciendas de Furukawa. Sin embargo, estas atenciones no lograron suplir todas las necesidades que el grupo en cuestión requería.

Como se mencionó inicialmente, de las 123 personas que forman de la primera Acción de Protección (AP), 11 personas fallecieron hasta el momento en que se presenta este reporte[5]. En la tabla 1 se encuentran los nombres de 9 personas que fallecieron por problemas de salud. Se incluyen las fechas de defunción, las causas del fallecimiento y la edad aproximada. De este grupo, cinco era adultos mayores, y, en cinco ocasiones la causa del fallecimiento se asoció a un cáncer, linfoma o leucemia.

Tabla 1: Personas fallecidas hasta 2023

No	Nombre	Fecha de defunción	Causas del fallecimiento	Edad
1	Vidal Gerardo Borja Borja	14-01-2021	- No se especifica	67 años
2	Petronilo Monaga Quintero Medina	16/06/2021	- Cáncer gástrico con metástasis hepática y pulmonar	63 años
3	Rosa Francisca Vega Chamba	14/05/2022	- Cáncer de cuello uterino	39 años
4	León Víctor Bomer	17/05/2023	- Hipertensión arterial	74 años
5	Esaú Ramón García Mosquera	20/07/2023	- Embolia pulmonar sin mención de corazón pulmonar agudo - Neumonía bacteriana no especificada - Linfoma	62 años
6	Miguel Olmedo Barahona Orellana	21/07/2023	- Insuficiencia renal aguda - Insuficiencia respiratoria aguda - Pancreatitis biliar aguda	82 años
7	Máximo Claudio Mora Franco	12/11/2023	- Tumor maligno de páncreas - Insuficiencia cardíaca hipertensiva	76 años
8	José Alberto Moreira Pérez	19/10/2023	- Parada cardíaca respiratoria - Infarto Agudo de Miocardio - Cáncer gástrico	57 años
9	Segundo Ernesto Angulo Angulo	07/09/2025	- Paro respiratorio - Leucemia	70 años

[5] En el contexto de extrema violencia en el que se encuentra Ecuador, dos personas fallecieron por muerte violenta durante el 2025.

El fallecimiento de estas nueve personas revela que, a pesar de que existen fallos judiciales que obligan al MSP a dar prioridad a las víctimas del caso Furukawa[6], en la práctica el sistema de salud no está preparado para atender a las víctimas de forma programática y sistemática. Como veremos a continuación, la situación se agravó con el paso de los años, pues, las personas que integran el grupo siguen envejeciendo y los cuadros de salud, sin diagnóstico y/o atención médica solo se complejizan, hasta de convertirse en problemas más severos, incapacitantes o incluso mortales.

- **Situación socioeconómica**

Respecto a la variable de **género**, de las 89 personas entrevistadas, 62,9% eran hombres y el 37,1% restante, mujeres. En cuanto a la **distribución por grupos etarios**, el 43,8% se ubicó en el rango de 45 a 64 años, seguido del **29,2% correspondiente al grupo de 65 o más (tercera edad)**. El grupo comprendido entre los 30 y 44 años representó el 20,2%, mientras que el 6,7% restante correspondió al grupo entre los 18 y 29 años.

En relación a el **lugar de residencia**, un 59,9% se ubicó en la ciudad de Santo Domingo (provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas), un 11,2% en Patricia Pilar (provincia de Los Ríos). Otras ciudades con representación significativa fueron Monterrey (provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas) y San Lorenzo (provincia de Esmeraldas), cada una con 4,5%.

En cuanto a la **situación laboral**, el 62,9% de las personas consultadas contaba con empleo y el 37,1% restante se encontraba en desempleado. Al **desagregar estos datos por género** el 69,64% de las personas empleadas eran hombres y el 30,36% mujeres.

El 48,48% de las **mujeres** consultadas en este reporte son **cabeza de hogar**. Adicionalmente, el 12,5% de las personas de la tercera edad seguían trabajando.

Por otro lado, el 89,9% de las personas consultadas no tienen acceso a ningún seguro (ni público, ni mucho menos privado). Actualmente, solo un 5,62% de las personas reciben un **ingreso por jubilación**.

En cuanto al **acceso a los diferentes bonos** ofrecidos por el gobierno nacional, el 58,40% de las personas consultadas afirmaron no contar con este servicio, a pesar de que, en el apartado 211.5. de la sentencia, la Corte dispuso al extinto Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES)[7] la adopción de medidas frente a las necesidades básicas insatisfechas de la población afectada, lo cual incluye el **acceso a transferencias monetarias existentes en coordinación con el Registro Social.** Incluso se sugiere la creación de **nuevos bonos o transferencias monetarias específicas**. En su defecto, varias personas mencionaron que "les habían quitado el bono", desconocían las causas y lamentaban mucho su pérdida.

[6] En el inciso 211.6 de la Sentencia, la Corte ordena al MSP continuar brindando una atención médica especializada a la población afectada, considerando los daños físicos sufridos como consecuencia del cultivo del abacá en condiciones indignas e incluso hace referencia a las afectaciones psicológicas que acarrea el sometimiento a una práctica análoga a la esclavitud.

[7] En junio de 2026, el MIES se fusionó con otros ministerios para dar paso al nuevo Ministerio del Trabajo y Desarrollo Humano.

En cuanto a la vivienda, el 44,90% de las personas entrevistadas **arriendan**, el 29,2% vive en un **lugar prestado**, el 23,26% tiene una **vivienda propia** y el 2,2% afirma vivir en uno de los campamentos.

En la entrevista también se preguntó a las personas si tenían interés en **continuar con sus estudios**, al respecto el 37,71% mencionó que sí.

Con relación a la variable **discapacidad física**, de las 89 personas consultadas en este proceso el 6,74% mencionaron tener alguna discapacidad. Aunque, se considera que existe un subregistro de esta problemática.

- **Situación de salud física ¿Cuáles son las enfermedades más recurrentes?**

Como se mencionó en la introducción de documento, las **enfermedades más recurrentes entre hombres y mujeres eran la presión alta y diabetes, seguido por colesterol, triglicéridos altos, problemas gastrointestinales y pancreatitis**.

En el caso de los **hombres,** por el tipo de trabajo y el esfuerzo realizado en las haciendas de abacá, muchos declararon tener **hernias**, con mayor frecuencia se mencionaron las hernias **inguinales y de ombligo**. Así mismo, muchos hombres mencionaron tener dolores crónicos de la espalda, manos, piernas, articulaciones. Mencionaron que el dolor era tan fuerte que no podían trabajar. Además, varias personas repitieron tener dolor en los **riñones**, dolor el momento de orinar o directamente mencionaron problemas de **próstata**, sin que esta sea atendida oportunamente.

En el caso de las **mujeres**, un importante número mencionó tener **infecciones vaginales** de forma recurrente, al indagar un poco más sobre los controles ginecológicos básicos, muy pocas tuvieron acceso a un **Papanicolau**, esto a pesar de que la mayoría habían sido madres alguna vez. Tampoco accedieron a **mamografías**, **ecos mamarios** o a una **colposcopía**. Esto es muy riesgoso si se considera que, en el grupo de personas fallecidas se cuenta a una mujer de 39 años de edad que perdió la vida con un cáncer de cuello de útero que tampoco accedió a este tipo de exámenes de control. Al igual que los hombres, mencionan tener **dolores crónicos en el cuerpo y articulaciones**.

Para ejemplificar la situación que enfrentan las mujeres, se toma el caso de una mujer abacalera de la tercera edad, quién sufrió una mastectomía por un cáncer de seno. Desde que se realizó el procedimiento no tuvo una cita médica en el sistema de salud pública para el control y en su defecto le solicitaron que se realice varios exámenes por fuera del sistema, pero no tiene los recursos para recibir la atención.

Como se mencionó previamente, muchas de las **dolencias con o sin diagnóstico son un reflejo del trabajo esclavo, de las condiciones de vida tan precarias, sin acceso a tratamiento**. Pero también son reflejo de un estado ausente que, a pesar de tener la obligación de reparar, no toman las medidas necesarias para que las familias mejoren su condición de vida. En este sentido, durante la entrevista, una mujer que no superaba los treinta años, quién fue madre adolescente y que hoy en día tiene cuatro hijos mencionó

> […] casi nunca me hice chequeos médicos porque nadie se hizo cargo de mi salud y no tiene costumbre de ir al médico […] (Mujer joven, 2026).

Ahora bien, en caso de requerir atención médica, en la gran mayoría de casos las personas entrevistadas aseguraron **asistir a establecimientos del sistema de salud público**. Esto a pesar de que, un grupo igualmente representativo manifestó que no eran atendidos oportunamente ("no había citas"). El otro gran problema de buscar ayuda en la red pública es el desabastecimiento de medicamentos e insumos para realizarse exámenes.

Por ejemplo, un **hombre de la tercera edad** con dolores crónicos de todo su cuerpo relató que requería hacerse una radiografía en el Centro de Salud Augusto Egas[8]. Al asistir a la cita programada, la máquina estaba dañada. Su cita fue reprogramada en dos ocasiones más. Sin embargo, hasta el momento de la entrevista la persona no se hacía el examen que le permitiría continuar con el tratamiento.

En este orden de cosas, varias personas mencionan que requieren operarse hace años, pero simplemente tienen que vivir con la dolencia. Por ejemplo, un hombre entrevistado mencionó que tiene una umbilical. En 2023 los médicos le informaron que debía operarse, pero hasta el momento simplemente no es posible. La persona menciona que "cuando camina se le inflama".

En este sentido, varias personas entrevistadas mencionaron que hasta diciembre de 2025 una funcionaria del antiguo MIES hacía visitas periódicas y recibían acompañamiento en cuestiones de salud en Patricia Pilar[9]. Su principal función era gestionar citas médicas en el Subcentro de Salud de la localidad, lo que facilitaba en gran medida que recibieran atención oportuna. Lamentablemente, la funcionaria del MIES ya no se encontraba en funciones y existía incertidumbre en cuanto al trámite de las citas y la entrega de medicamentos.

Por otro lado, a través de las conversaciones mantenidas se infiere que **el riesgo más grande son las enfermedades sin diagnosticar**. A pesar de tener síntomas de enfermedades como anemia, problemas visuales, auditivos, dolores crónicos, diabetes, presión alta, ginecológicos, de próstata o incluso cáncer, **no tienen un diagnóstico y mucho menos tratamiento**. Esto muchas veces responde a las barreras para acceder al sistema público. Al encontrarse en crisis permanente, las disposiciones de la Corte Constitucional no son acogidas por los diferentes establecimientos que forman parte de la red pública.

Sin acceso al servicio de salud pública, algunos optaban por ir a "la doctora de la farmacia para que les ponga una inyección" de cualquier analgésico que les pudiera aliviar. Muchos optan por automedicarse, pero cuando no hay dinero para recibir la inyección simplemente deben continuar a pesar del dolor. Muchas personas también mencionaron utilizar **medicina natural** para "controlar" la diabetes y la presión alta.

[8] Es una unidad pública de primer nivel de atención (Tipo C), ubicado en la ciudad de Santo Domingo.
[9] Un pequeño poblado perteneciente a la provincia de Los Ríos, cercano a la Hacienda Isabel, ubicada en el Km 42 de la vía Santo Domingo – Quevedo, lugar donde todavía vive un grupo de trabajadores y sus familias.