

**REUNIÓN DE LA RED ANDINA DE SINDICATOS DE LA SALUD
CARACAS-VENEZUELA
15-16 DE OCTUBRE DE 2013**

1. PARTICIPANTES

NOMBRE	ORGANIZACIÓN	PAÍS	CORREO ELECTRÓNICO
Martha Pineda	SINDISTRITALES	Colombia	marpiguio@hotmail.com
Ruth Díaz	SINTRASANIGNACIO	Colombia	rutdia01@hotmail.es
Daniel Monroy	ASOSISALUD	Colombia	asosisalud@gmail.com
Víctor Alvarez	CMP	Ecuador	vimach02@hotmail.com
Wilfredo Zavaleta	FEDCUT-ESSALUD	Perú	wilfredo_zavaleta10@yahoo.com
Freddy Cañas	SUNEPSAS	Venezuela	freddyc22@hotmail.com
Jessica Duque	SUNEPSAS	Venezuela	ysikduque@gmail.com
Yácuery Gutiérrez	SUNEPSAS	Venezuela	yacquery@hotmail.com
Román Arreaza	SUNEPSAS	Venezuela	romanarreaza@gmail.com
Jeannette Piñango	SUNEPSAS	Venezuela	jekpi@hotmail.com
Inés Lucena	SUNEPSAS	Venezuela	inesluce@hotmail.com
Odile Frank	ISP-Mundial	Francia	odile.frank@world-psi.org
Alberto Narváz	FME	Ecuador	janarvaezo@gmail.com
Linerby Sánchez	SUNEPSAS	Venezuela	linerby@hotmail.com
Juan Diego Gómez	ISP-Andina	Colombia	juan-diego.gomez@world-psi.org
Verónica Montúfar	ISP-Andina	Ecuador	veronica.montufar@world-psi.org

2. SALUDOS INICIALES

La coordinación colegiada de la Red compañera/o Martha Pineda y Daniel Monroy inician con un saludo de bienvenida y agradecen la presencia de las delegaciones de todos los países; así como también valoran la presencia de la responsable mundial de Salud de la ISP, relevando el compromiso de la compañera Rosa Pavanelli, en su calidad de secretaria general de la ISP.

El compañero Juan Diego Gómez, secretario subregional andino, de igual manera saluda la presencia de Odile, plantea que la misma representa la dinámica de la ISP desde la sede central articulada al trabajo de las regiones y en vínculo con el terrero, su interés por conocer la situación de las afiliadas y poder aplicar las políticas y estrategias respondiendo mejor sus necesidades. Informa que esta reunión de la Red de Salud, hace parte de una estrategia para no perder la estrategia del trabajo sectorial y es parte del proyecto que la ISP ejecuta en Venezuela con el apoyo de SASK-IMPACT-ISP. Seguidamente informa que después de las líneas del Congreso

Mundial de la ISP, el tema de la privatización cobra relevancia en los sectores de agua, salud y energía. En la OMC, existe el Acuerdo General sobre Comercio de Servicios, hemos llevado como ISP la propuesta que se excluyan de estos tratados comerciales la salud, el agua, la energía, la educación porque son derechos y no mercancías. Se viene una nueva oleada de privatizaciones de los servicios públicos, se negocia al margen un nuevo acuerdo de servicios de nivel global, que articula a 43 países e incluye agua, energía, salud, educación, financieros. Estos 43 países están liderados por EE.UU y la UE. Pretenden desregular aún más la prestación de servicios, en beneficio del capital financiero transnacional. Se hacen llamar los mejores amigos de los servicios públicos. China está pidiendo su vinculación a este tratado. Entre los países no están participando ni Ecuador, ni Venezuela, ni Bolivia. Si Colombia, Perú y Chile, países que ya tienen tratados de libre comercio. En el análisis para la defensa de los derechos debemos tener presente cómo las fuerzas mundiales están actuando para que nuestra estrategia sea correcta.

Inés Lucena, como presidenta de SUNEPSAS, organización anfitriona, saluda a la coordinación colegiada de la Red, a la compañera Jeannette Piñango en su calidad de responsable política alterna y al equipo del secretariado de la ISP. Manifiesta que los sindicatos andinos del sector salud, han tenido momentos difíciles, en donde se intensificó el ataque a sus derechos, se negó el dialogo social al igual que el empleo decente que dificulta la prestación de servicios públicos. Anima para que la red tome decisiones estratégicas para sacar adelante sus objetivos.

Jeannette Piñango, en su calidad de responsable política alterna de la subregión, valora como importante a la reunión y al esfuerzo del Proyecto para posibilitar el trabajo colectivo de la Red de Salud. Augura que el encuentro propicie el pensar colectivamente para sacar adelante lo mejor ya que están representados todos los países, con excepción de Bolivia. De igual manera exalta la presencia de Odile y exhorta su compromiso para que sea la voz de la subregión Andina. Finalmente señala que esta es una fecha memorable para avanzar y que no se debe perder de vista el sector salud es el más difícil de la administración pública. Un país sin salud no es un país productivo.

Odile Frank, presenta un saludo de parte de la compañera Rosa Pavanelli, secretaria general de la ISP. Señala que para el secretariado de la ISP y para ella en particular es importante escuchar la situación de los países de la subregión Andina, sobre los problemas del sector salud. Es beneficioso intercambiar ideas y hacer cosas que permitan lograr resultados. Hay muchos problemas de nivel internacional que tocan a este sector, por lo que la lucha para enfrentarlos a nivel global es necesaria. Los problemas nacionales y específicamente aquellos de los sindicatos, tales como los derechos laborales son muy importantes para la ISP, así como también lo son los de carácter internacional, ya que cruzan los problemas nacionales. La voracidad del capital privado y la agenda neoliberal tiene incidencia en todos los países. En años anteriores se ha incrementado

las ganancias del capital privado, pero se han agudizado las violaciones de derechos de los trabajadores.

3. DECISIONES DEL CONGRESO MUNDIAL DE LA ISP-DURBAN 2012 Y PRIORIDADES MUNDIALES PARA EL SECTOR SALUD

En el Congreso de la ISP se aprobaron cuatro resoluciones sobre el sector salud, siendo las más importantes la 7 y la 29. El Programa de Acción de la ISP es muy ambicioso y en razón de ello, posterior al Congreso se priorizaron objetivos y se determinó una forma de trabajo para los próximos tres años, dichas prioridades se encuentran en el documento "Trabajando por la alternativa" el mismo que fue conocido y discutido por todas las subregiones durante los SUBRACs

Existen cuatro prioridades para la ISP, no obstante el trabajo sectorial es parte fundamental y transversal. Las estrategias lo que buscan es fortalecer los diferentes sectores, entre ellos el sector salud. Las cuatro prioridades son: La lucha contra la privatización; La defensa de derechos laborales y humanos; La Incidencia en políticas globales; y La organización y crecimiento.

La lucha contra la privatización incluye el combate a los acuerdos de la OMC y a los tratados de libre comercio. El eje de influenciar la política global implica una presión a los gobiernos para que asuman sus responsabilidades y cumplan sus compromisos. En ese sentido, el fortalecimiento de la organización y de la membresía de los sindicatos, incide en la capacidad de enfrentar la privatización de los servicios públicos.

La lucha esta en dos niveles, el local para combatir la precarización y el desempleo y el nivel internacional para presionar a los gobiernos a la adopción de pisos mínimos de respeto a los derechos y de garantías a los ciudadanos. Ese es el rol de la ISP, en el nivel global y la relación con las afiliadas en el nivel local.

El sector de salud es el más grande de la ISP, el más motivado, pero también el que tiene mayores problemas en el mundo. Nuestro reto es trabajar juntos, tanto en el nivel local, como en el nivel internacional. Para ello, las dos resoluciones fundamentales para el sector que adoptó el Congreso de la ISP, hablan del derecho universal a la salud y del piso mínimo de protección social. Estas resoluciones nos permiten incidir en la discusión de los objetivos de desarrollo del milenio que van hasta el 2015. Estas iniciativas están vinculadas a la Organización Mundial de la Salud y a la Organización Internacional del Trabajo, respectivamente.

El acceso universal a la salud incluye llevar el servicio de salud a las poblaciones más vulnerables: niños, ancianos, enfermos terminales, entre otros. Pero no será posible si no trabajamos por servicios de calidad y ese también es el compromiso de los sindicatos. Hay que tener fundamento

y argumentos fuertes para el fortalecimiento de los servicios públicos, incluyendo su financiación y adecuado funcionamiento.

Tenemos que sentirnos fuertes en la lucha por servicios públicos de calidad, que implica la lucha por los derechos laborales y velar por servicios de calidad, por una salud no solo curativa, si no preventiva.

La propuesta que pueda poner en común la subregión Andina, implica una buena comunicación entre las afiliadas de salud y la posibilidad de un producto y una acción concreta en la que todas las organizaciones quieran trabajar en conjunto. Con esta propuesta se puede buscar el apoyo de organizaciones sindicales fuertes que están dispuestas a brindar apoyo a la lucha por servicios de salud de calidad y a la par del respeto a los derechos de los trabajadores del sector.

Otro aspecto a resaltar es buscar que los gobiernos sientan que las organizaciones sindicales están dispuestas a contribuir en la universalización del servicio y los pisos mínimos de protección social.

Tenemos que ser conscientes de que si no hacemos el trabajo desde el sector público, el sector privado aspira brindar dichos servicios y enriquecerse a costa de ello. Tenemos que ser fuertes en esta negociación y presentación a los gobiernos. Hay que ser muy convincentes en que somos la solución y no el problema.

Una línea de trabajo interesante es abordar la Recomendación 202 de OIT que habla de los pisos mínimos de protección social, para comprometer a los gobiernos en esa dirección. El sector público que ha estado luchando en el marco de la austeridad, no va a lograr los pisos mínimos y las garantías de universalidad en la prestación de los servicios esenciales.

La ISP está moviéndose en relación a la estrategia de tributos justos, para lograr mayores recursos para la prestación de los servicios públicos, esta estrategia se articula también al trabajo por la implementación de pisos de protección social y la cobertura universal a los servicios públicos de salud. Nuestra propuesta es que tributen más los ricos y las entidades financieras. En ello trabaja la ISP, con otras organizaciones internacionales, alrededor de lo que se ha denominado el impuesto a las transacciones financieras internacionales.

La estrategia tiene que ser vista con impacto en el nivel local y en el internacional, convenciendo a los gobiernos de la necesidad de captar recursos para los servicios públicos. Con esta propuesta también se pueden fortalecer los sindicatos.

Hay que conocer que los gobiernos han firmado el pacto de Naciones Unidas sobre los derechos humanos, dentro de los DESC (derechos económicos, sociales y culturales) se encuentra el

derecho universal de acceso a los servicios de salud. Los países han suscripto dichos pactos y debemos presionar por su cumplimiento.

En el nivel internacional existe una coalición que desarrolla una campaña por la ratificación de los convenios de pisos de protección social. Al igual en las Naciones Unidas se discute cómo hacer efectiva las decisiones y cumplimiento de los pisos mínimos y del derecho universal de acceso a la salud.

Existe una buena coyuntura mundial para este trabajo, el que involucra la necesidad de re-conceptualizar los sistemas de salud de manera integral desde lo público.

4. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD Y DERECHOS LABORALES Y SINDICALES

Bolivia: La Confederación Sindical de Trabajadores de la Salud Pública de Bolivia, no se encuentra presente en el evento debido a que su delegado tuvo un inconveniente con sus documentos de viaje. El compañero Juan Diego Gómez informa que la Confederación ha tenido que enfrentar dos situaciones críticas en el último período. En primer lugar que en la Ley General del Trabajo, los trabajadores de la salud quedaban excluidos, frente a lo cual llevó una batalla, que tuvo como resultado el planteamiento y aprobación de un régimen especial. La segunda batalla implicó enfrentar la ampliación de la jornada laboral, demanda que fue apoyada por otras organizaciones sociales, esto les llevó a la realización de un paro. Posterior a ello, los trabajadores seden en relación a la jornada pero involucran su participación en la concepción de salud. Lo hacen a través del Proyecto LO-TCO, con cuyo aporte han construido una propuesta sobre el sistema de salud que necesita el pueblo boliviano, que implica el acceso universal y gratuito a la salud bajo responsabilidad del Estado. Esta propuesta la pusieron en consideración a partir del escenario de la Cumbre Nacional por la Salud del Pueblo Boliviano, a través de la realización de cumbres departamentales, regionales, es decir de abajo hacia arriba. Esto fue un acuerdo entre la Confederación, la COB y el gobierno. Se inicia la aplicación del acuerdo, y cuando la Confederación empieza a fomentar su propuesta, el gobierno se pone en actitud defensiva. La propuesta involucra una concepción sobre el sistema de salud, con un capítulo sobre trabajo decente para lograr servicios eficientes. El gobierno ha querido involucrar en el proceso de discusión a las organizaciones afines para lograr hacer prevalecer su visión. La Confederación acordó que iba a saludar que participen otras organizaciones, pero que es importante hacer un acercamiento más didáctico sobre su propuesta para hacer incidencia. La Confederación ha estado pendiente en la representación y número de participación en general en el proceso para que haya una correlación de fuerzas desventajosa.

Ecuador: Las organizaciones presentes son Colegio Médico de Pichincha y Federación Médica Ecuatoriana. La delegada de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras, no pudo viajar. En cuanto a la situación de los derechos sindicales en el país han sido eliminados aquellos referentes a la huelga, organización, contratación colectiva en el sector público. Los despidos y precarización del empleo a nivel general del Estado y de manera particular en el sector salud afectan la calidad del trabajo y de los servicios públicos, existen en la actualidad un 60% de contratos temporales. Al momento se discute la criminalización de la práctica médica de manera particular y la criminalización de la lucha por los derechos humanos, a través del Código Penal Integral. En el sector salud la política laboral ha implicado sobre explotación del trabajo, aumento de la jornada laboral, disminución salarial en base al cálculo de salario por hora, intensificación del proceso de trabajo a partir de la puesta en ejecución de un sistema de atención de 4 pacientes por hora, condiciones de higiene y salud laboral deficientes, a nivel de un estudio aplicado a profesionales de medicina existe un 20% de “burned out”. Las organizaciones ecuatorianas interesadas en conocer a profundidad el porqué de las políticas regresivas y su impacto en los trabajadores de la salud, han llevado adelante procesos de investigación acerca de los principios aplicados a nivel de la política de la salud. Realizando una comparación entre aquellos principios vigentes hasta la década de los 90, y aquellos que implican un nuevo paradigma, que el actual gobierno ha propagandizado como aquellos que superan la política neoliberal, se evidencia que no existe ninguna ruptura, más que en el discurso. Al contrario la puesta en práctica de la política denota la continuidad de “la larga noche neoliberal”, la que se ha desarrollado por fases. La primera corresponde al período (2007 al 2008), fase de engaño, sus principales características fueron: incremento del presupuesto a la salud del 1,3 al 2.6% del PIB; moderada ampliación de coberturas de los servicios de salud; y, mucha cobertura publicitaria. La segunda corresponde al período (2009-2010), fase de show, sus principales características fueron: la declaración de emergencias sanitarias, hacer grandes compras sin mayor control; ocultar el estancamiento en el gasto público en salud y aparentar que se hacían grandes inversiones; y la formulación de leyes y reglamentos para flexibilizar el trabajo de los profesionales de salud. La tercera corresponde al período (2011-2012) fase en la que se replican tres pilares de la política neoliberal, la flexibilización laboral; la privatización, tercerización de servicios a través de la compra de servicios a empresas privadas y externalización de servicios; y, la aplicación de una política de terrorismo estatal a través de despidos no motivados y la “panoptización” de lugares de trabajo. El análisis de la situación de la salud en el Ecuador antes del inicio del actual régimen de gobierno con los indicadores a la fecha demuestra que desde el año 2006 a 2012 la inversión en salud pasó de 1,2% a 3,2% del Producto Interno Bruto (PIB). No se han logrado los objetivos de universalidad y equidad ya el indicador de personas sin acceso paso de 25% en 2004 a 19% en el 2012. No existen evidencias claras que la situación de salud de los ecuatorianos ha experimentado una mejoría en relación directa con la inversión ya que la misma sigue siendo insuficiente, persiste una inequitativa distribución de

recursos en el sistema, predomina el modelo curativo, el que beneficia la transferencia de fondos públicos al sector privado, siendo esta una nueva forma de privatización. Frente a esta situación las organizaciones ecuatorianas tienen como objetivo de su trabajo sindical, gremial y socio-político a la lucha por la no criminalización, la universalización de la atención pública y acceso a la salud, la mayor atención a la población en condiciones de calidad y cantidad, la reconversión de profesionales en atención integral de salud el que implica trabajar por un modelo integral de salud, la gratuidad total de la atención y cuidado para los grupos humanos de mayor riesgo y más vulnerables. La lograr mayor financiación la propuesta que se podría trabajar está en función de exigir al gobierno la renegociación de los impuestos con las empresas telefónicas y la reducción de la propaganda gubernamental para la inversión en salud.

Perú: La organización peruana presente y única integrante de la Red Andina de Salud es la FEDCUT-ESSALUD. Resulta evidente la pretensión del régimen en Perú, de profundizar y perpetuar el modelo neoliberal, extendiéndolo a todos los ámbitos del Estado y la vida nacional. Al rol primario exportador que asignan al país, le sucede un paquete de medidas, impuesto autoritaria y corruptamente, en el campo de la educación, la salud, el patrimonio cultural, el medioambiente y la conculcación de los derechos laborales y profesionales. Es precaria la situación de salud en el país, así lo demuestran los indicadores básicos sanitarios, mortalidad, desnutrición, anemia, enfermedades infecto contagiosas, ya erradicadas en otros países, la poca inversión en salud, más del 40% de la población sin un seguro formal de salud, elevado gasto de bolsillo (37% del gasto total de financiamiento en salud), las listas de espera más de dos meses para consulta médica y más de tres meses para cirugías, la alta incidencia de tuberculosis resistente, la improvisación ante problemas como el friaje con 20 niños muertos especialmente en el altiplano, la reaparición de casos de AH1N1 con vacunas insuficientes para la población pobre y vulnerable, un presupuesto público en salud para el 2013 insuficiente y altamente centralizado, que representa el 1,8% del PBI, inferior al promedio latinoamericano del 7,3% del PBI. La visión de la salud como una mercancía y la renuncia del rol rector del Estado para contar con un verdadero Sistema Nacional de Salud, ahondan la crisis en este sector. ESSALUD no logra superar los problemas que motivaron su reorganización. El Aseguramiento Universal de Salud (AUS) ha devenido en un fracaso, al no haber alcanzado la cobertura universal ni poblacional y menos la prestacional y económica. La llamada Reforma de Salud, en los términos planteados, apunta tan solo al Ministerio de Salud (MINSU) a efectos de adecuarlo como un complemento en el enfoque privatizador y asistencialista. No ha existido un debate serio y profundo, soslayando los puntos de vista y propuestas formuladas por los profesionales y trabajadores del sector y diversas instituciones. Las facultades otorgadas al Ejecutivo precipitaron decisiones que tornaron aún más caótico el ordenamiento existente ya que se renuncia a la rectoría del Estado en todo lo concerniente a Salud; no se precisa ni se apunta a estructurar un verdadero Sistema de Salud; se facilita el

accionar privatizador y con bajas coberturas de seguridad social de las Empresas Prestadoras de Salud (EPS); se excluye a la población en los procesos relacionados con su salud y con una debilitada atención primaria; no está claro ni asegurado el financiamiento como en los casos del FISSAL, del SIS y el “plan esperanza” para atender las exigencias de salud en el país, dejando de lado la política de créditos suplementarios o la eventualidad y transitoriedad de la inversión; se desconoce el derecho a negociación de los profesionales y trabajadores del sector, la representación y participación en la gestión.. El trabajo de la FEDCUT apunta al planteamiento de que el Estado debe garantizar el pleno derecho a la salud de la población, garantizando el acceso a la atención, el financiamiento amplio de los servicios de salud, con políticas de bienestar y de protección social de la salud y su intervención efectiva para lograr una comunidad nacional saludable. Una verdadera Reforma de la Salud en nuestro país, debe construir un modelo de Sistema de Salud único, universal, integrado, articulado y democrático. Acerca de la situación de derechos laborales Ley 30057 LSC, desconoce el derecho a negociación de los profesionales y trabajadores del sector, la representación y participación en la gestión. La Ley del Servicio Civil, aparece como un nuevo régimen, ya que los trabajadores que salen de los regímenes anteriores, pierden los derechos adquiridos.

Venezuela: El SUNEPSAS es la única organización del sector salud afiliada a la ISP en el país y presente en la reunión de la Red. El sindicato ha liderado el proceso de investigación que el Proyecto País que ejecuta la ISP ha desarrollado sobre el tema de modelo de Estado, en tal medida se ha realizado un análisis de las constituciones venezolanas de 1961 y 1999. La Constitución del 61, reconoce el derecho a la salud y a la seguridad social como universales; a la vez que establece la universalidad del derecho a la salud, disponiendo que se desarrolle en forma progresiva un sistema de seguridad social. La Constitución del 99 amplía formalmente esta visión, reconociendo a la salud como “un derecho social fundamental”. De igual manera garantiza la seguridad social y un sistema sanitario de servicios gratuitos, definido como único, universal, descentralizado y participativo. No obstante el marco jurídico secundario regulador es la Ley Orgánica de Salud del año 98, promulgada durante la presidencia de Rafael Caldera, ya que está pendiente un nuevo proyecto de ley de salud que, hasta la fecha, se encuentra aún en discusión en la Asamblea Nacional. Dos grandes visiones influyen en las políticas de salud de Venezuela; una primera parte de la Agenda Mundial de Salud, en torno a los Objetivos del Milenio, impulsada desde los organismos multilaterales, en particular la OMS-OPS, y que tiene su propia versión para nuestro Continente, Agenda de Salud de las Américas, 2008-2017. En Venezuela existe una agenda de cooperación con la OPS (2007-2010). Una segunda visión de la cooperación con Cuba que impulsa las Misiones y la compra de medicamentos y equipos médicos. Estas dos visiones implican a la vez un doble sistema de salud compuesto por el tradicional que integra el sector público (con ambulatorios, distritos sanitarios y hospitales) y el sector privado (con clínica y consultorios); y, las

Misiones Barrio Adentro en sus tres fases, Misión sonrisa y Misión Negra Hipólita. Al no haber una complementariedad, ni integración entre los dos sistemas, este paralelismo termina por afectar a ambos y benefician la privatización de la salud vía transferencia al sector privado. De igual forma, el dinero que el Estado paga a las aseguradoras, podría invertir en el fortalecimiento del sistema público. Un factor que se ha agravado en el último tiempo es el tema de la inseguridad en los hospitales, los trabajadores corren muchos riesgos de violencia, ataques de la delincuencia que han dejado ya varias víctimas. El Gobierno venezolano ha admitido que existe una crisis hospitalaria. Por otra parte, luego de más de un década sin conquistas laborales, en 2013 se firma un contrato colectivo vía Normativa Laboral, entre el Ministerio del Poder Popular para el Trabajo y Seguridad Social y ocho organizaciones sindicales y gremiales, el que posibilitó un paso importante al confluir en una sola mesa de negociación todos estos actores, hecho inédito en este sector. Aunque los resultados no fueron los mejores podemos finalizar diciendo que la unidad de acción logró avances como la cobertura de más de 76 mil trabajadores entre contratados, suplentes y de las misiones que serán beneficiarios.

Colombia: Las organizaciones integrantes de la Red presentes en la reunión son ASOSISALUD, SINDISTRITALES y SINTRASANIGNACIO. Al momento se vive en el país una coyuntura compleja en torno a la nueva Ley Estatutaria que regula el sistema de salud, recientemente aprobada por el Congreso y que se encuentra en espera del concepto de constitucionalidad de la Corte Constitucional. Esta ley no soluciona los problemas estructurales de la salud, como son el déficit económico de los hospitales, la intermediación, las barreras de acceso al sistema, los copagos. Define la salud como un derecho fundamental que depende del presupuesto de la institución. La ley desaparece la categoría de trabajadores oficiales, eliminando la negociación colectiva ya que pasan a ser funcionarios de libre nombramiento y remoción. Prevé la contratación de personal de acuerdo al número de pacientes y limita el ejercicio de la organización sindical. Niega el principio de igualdad, mérito y carrera, aumentando el clientelismo y la discrecionalidad en el acceso al empleo público. Agudiza la Ley 100, profundiza el proceso de la privatización estimándose de esta manera la muerte final de los hospitales de la red pública. El modelo de Colombia ha sido una copia del modelo chileno, promoviendo a las empresas prestadoras de salud-EPS a tal punto que el seguro social desaparece. Los hospitales se han convertido en prestadores de servicios para las EPS. Al momento en el sector se encuentra un alto índice de precarización laboral con contratos de prestación de servicios en el que los trabajadores no cuentan con condiciones dignas de trabajo mínimas (vacaciones, descanso en dominical o festivo, primas de servicios, seguridad social). El cierre, por incompetencia operacional y “déficit presupuestal” de algunas EPS tiene a las red pública hospitalaria en una profunda crisis económica que ha hecho que el Ministerio de Salud los califique como de riesgo alto y los tenga en cuidados intensivos. Los medicamentos son los más caros del mundo, subsidiaos por el corrupto sistema de los recobros entre las EPS y el FOSIGA

(Caja donde van los dineros para el sector de la salud). Los informes de los últimos cinco años de la defensoría del pueblo son elocuentes, entre el 40 y 60 % de las tutelas (acción de amparo fuera de Colombia) son para proteger el derecho fundamental constitucional de la salud, estas acciones constitucionales colapsaron el sistema judicial, incluso con las acciones de cumplimiento a las tutelas.

Tendencias a nivel de la subregión: Existe un retroceso en el cuidado a la salud, debido a que algunas enfermedades se están repuntando. A pesar de que algunos países tienen una legislación garantista en la mayoría se está operando desde un modelo de salud curativo y no integral, esto ha puesto a los sistemas públicos hospitalarios en colapso, lo que finalmente favorece la transferencia de las competencias en algunos casos (Perú y Colombia) o de los presupuestos públicos (Ecuador y Venezuela) al sector privado. Por cualquiera de las dos modalidades, la privatización es uno de los problemas fundamentales por el que atraviesa el sector salud en los países Andinos, con su consecuente presión en los derechos laborales, sindicales y en las condiciones del empleo, higiene, seguridad y salud laboral. El modelo de salud presiona el sistema de salud, ocasionando deterioro en la capacidad pública. Existe falta de información oficial y subregistro de la morbilidad y de la situación epidemiológica, lo que no permite una planificación real, las estadísticas en salud son secreto de Estado. Otro factor a considerar a nivel de la subregión es el de la migración de trabajadores de la salud a otros países tanto a nivel de Europa, EE.UU, Canadá y al interior de América Latina. Existe sintonía entre el nivel mundial y las prioridades de trabajo de la ISP y lo que sucede en los países Andinos ya que en ninguno de los sistemas se ha avanzado en garantizar la universalidad de los servicios de salud.

Retos subregionales: Construir una propuesta de modelo y sistema de salud. Abrir espacios de discusión con los gobiernos sobre la propuesta. Desarrollar una campaña sobre financiación de los servicios de salud en los países Andinos. Realizar una revisión comparativa a nivel de América Latina sobre recursos públicos para garantizar el acceso universal a la salud. Expandir el trabajo hacia la aplicación del Piso Mínimo de Protección Social en coordinación con OIT, en cada uno de los países. Relegitimar a las organizaciones sindicales y gremiales del sector trascendiendo la lucha salarial hacia una mayor posicionamiento público por la defensa del derecho que tiene la población al acceso a los servicios públicos y una atención primaria y no exclusivamente curativa; a la vez que el derecho de los trabajadores de la salud a tener relaciones laborales y un ejercicio profesional y operativo en un entorno de seguridad.

Articulación con el nivel mundial de la ISP: La Red enviará a la compañera Odile Frank, responsable mundial del sector salud de la ISP, una propuesta de campaña con el tema que se desprenda de las prioridades establecidas, para que sirva como insumo dentro de la consulta que la ISP realizará en el mes de noviembre en el contexto de una reunión internacional con

organizaciones del sector salud. De igual manera la propuesta de campaña será puesta en consideración por parte de la ISP para ver la factibilidad de obtener cooperación sindical.

5. PRIORIDADES DE TRABAJO DE LA RED 2013 EN ADELANTE

El plan de la Red se inscribe en el objetivo de aportar desde la subregión Andina para construir una campaña mundial del sector salud. Para ello el proceso de presentación e incidencia al interior de la ISP partirá desde el SUBRAC-Andino (27 y 28 de febrero de 2014), hacia el IAMREC (abril 2014), en donde se solicitará un punto de agenda específico.

La propuesta de campaña sobre precarización y privatización será enviada a la compañera Odile, hasta finales de octubre, como insumo para la reunión de salud a nivel mundial, que se realizará en noviembre.

Por otra parte la Red construirá un proyecto para ser presentado a la cooperación sindical con el objetivo de abordar los problemas del sector salud, fortaleciendo un proceso que permita elevar su capacidad de investigación, propuesta, incidencia y defensa de los derechos de las y los trabajadores; así como del derecho a la salud.

Las líneas de trabajo que se desprende del análisis de la situación subregional y nacional del sector y de sus organizaciones que deben implicar niveles de denuncia y propuesta a largo plazo son:

- Construir un modelo y sistema de salud que integre planteamientos alrededor de la universalidad de acceso a la salud pública y los pisos de protección social que conciban a la salud integralmente.
- Financiamiento, privatización y deterioro del sistema público de salud.
- Precarización del empleo público y sobre explotación del trabajo en el sector
- Inmigración y emigración de trabajadores de la salud
- Alianzas con sectores sociales
- Fortalecer la red cualitativa y cuantitativamente (número de afiliadas, propuestas e incidencia y nuevas tecnologías de la comunicación, incidencia y representación de la red andina en escenarios internacionales de decisión)

La Red se propone para el siguiente período de dos años trabajar focalizadamente en dos ejes:

- Universalidad de los servicios públicos en la atención integral de salud
- Derechos laborales y sindicales en el sector

Eje 1: Universalidad de los servicios públicos en la atención integral de salud

Objetivo general:

Desarrollar una campaña de promoción de servicios públicos de salud de calidad, con el slogan “La precarización de los servicios de salud, la cara oculta de la privatización”

Objetivos específicos:

Elaborar un diagnóstico de la cobertura de atención en salud y razones para no alcanzar la universalidad

Fortalecer la unidad de acción inter sindical e inter países para lograr la organización comunitaria en defensa del derecho de la salud con independencia política.

Desarrollar un enfoque de género de la problemática y propuesta; integrando a sectores de mujeres.

Iniciar la construcción colectiva de un modelo de atención integral en salud evidenciando los 4 componentes (promoción, prevención, curación y recuperación) con financiamiento público suficiente, e integrando las propuestas de socios público-públicos-comunitario.

Campaña de promoción de servicios públicos de salud de calidad.				
La precarización de los servicios de salud la cara oculta de la privatización				
Acciones	Actividades específicas	Coordinaciones	Responsables	Fecha
Observatorio andino sobre el derecho a la salud pública	Registro y notificación de violación del derechos a la salud (precarización vinculada a la privatización)	Eugenio Espejo San Blas	Víctor Alvarez Daniel Monroy Freddy Cañas	8 de marzo
		José Gregorio Hernández (Los Magallanes)		23 de junio
		Protocolo de levantamiento de datos	Alberto Narváez	16 de noviembre/2013
	Presentación y legitimación de la iniciativa	Boletín y acto de lanzamiento	Alberto Narváez	10 diciembre/2013
		Acto simbólico a criterio de cada	Daniel Monroy Gerardo Herrera Yáquer	10 diciembre/2014

		país Día de acción mundial Vincular a las organizaciones de derechos humanos Fotos Redes sociales	Gutiérrez Alberto Narváez	
	Sistematización de la información sobre la cobertura/equidad ya situación de los servicios públicos de salud	Documento base de referencia para validarlo a nivel subregional	Alberto Narváez	Febrero/2014
	Construcción de propuesta de modelo de salud	Taller subregional de construcción colectiva Recoger los aportes por país Colombia Bolivia Ecuador Venezuela Perú	Coordinación Subregional de la Red	1er semestre 2014

Eje 2: Derechos sindicales y laborales

Objetivo general:

Enfrentar la sistemática violación de los derechos sindicales y laborales de las y los trabajadores del sector salud, con independencia de la postura ideológica de los gobiernos.

Objetivos específicos:

Desarrollar un proceso para que en la siguiente reunión de la OIT se solicite un informe especial sobre la deslaborización del empleo en los servicios públicos de salud, lo que favorece la tercerización de los mismo y también la privatización.

Promover la ratificación/implementación de los Convenios OIT 151 y 154

Realizar una campaña de fortalecimiento de la relación trabajadores -población en favor de servicios públicos de salud de calidad.

Eje 2: Defensa de los derechos laborales y sindicales de las y los trabajadores del sector salud				
La precarización del empleo público, la otra cara de la privatización				
Acciones	Actividades específicas	Coordinaciones	Responsables	Tiempo
Informe anual sobre la situación de deslaborización de los servicios públicos de salud en la OIT	Levantamiento de información sobre pisos mínimos de protección social desde la perspectiva de la salud Estudio de precarización en el empleo de salud Proceso para la elaboración de un Informe Especial de OIT sobre salud	Consulta y acuerdo con OIT	Coordinaciones nacionales Oficina Subregional Coordinación de la Red Jeannette Piñango	8 meses
Denuncia sobre la violación sistemática de los derechos laborales y sindicales en el	Identificación de los derechos conculcados Movilización en todos los países	Entre países	Responsables nacionales de la Red Coordinación subregional de la	Diciembre de 2013 Diciembre de 2014

sector salud y su relación con la tercerización y privatización de los servicios de salud			Red	
Fortalecimiento de la relación entre trabajadores y comunidad en defensa del derecho a un trabajo digno y el acceso de la población a un servicio de salud de calidad	Lanzamiento de la campaña Derecho a la salud y derecho al trabajo Marcha de batas blancas	Contacto y acuerdo con organizaciones sociales	Organizaciones de la Red CNC Coordinación Subregional	10 diciembre 2013 7 de abril de 2014 10 de diciembre de 2014
Observatorio de servicios públicos		Dispositivos de control, cámaras Correo electrónico Acoso laboral A partir de la experiencia de Ecuador	Organizaciones de Ecuador	2015

6. NUEVAS EXPERIENCIAS DE INVESTIGACIÓN Y ARTICULACIÓN CON LA PUCE EN ECUADOR

Dando continuidad al proceso iniciado en el Proyecto de Igualdad y Equidad en los Servicios Públicos y el acuerdo de cooperación que se estableció con el Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, la Federación Médica ha desarrollado una nueva experiencia de investigación en dos momentos.

- a) Impacto de la Reforma Laboral en los Derechos Colectivos de las y los trabajadores del sector salud; y,
- b) Diagnóstico de salud ocupacional de las y los trabajadores de la salud. Esta última investigación todavía en proceso.

Impacto de la Reforma Laboral en los Derechos Colectivos de las y los trabajadores del sector salud.- Principales hallazgos

CARACTERÍSTICAS DE LA REFORMA DEL ESTADO (1)

Dimensión	Estructura	Ciclo
Economía	Capitalista	Variación: De patrón rentista transnacional a patrón rentista de capitalismo de Estado. Proyecto de modernización capitalista con redistribución de la renta petrolera

CARACTERÍSTICAS DE LA REFORMA DEL ESTADO (2)

Dimensión	Estructura	Ciclo
Política	Estado capitalista de democracia liberal representativa	De Estado neoliberal a Estado posliberal. De bloque oligárquico articulado a USA a bloque modernizante articulado a Eje Este-Oeste. Estado de excepción con populismo disciplinario, autoritarismo débil y El populismo disciplinario toma como base el modelo neoinstitucionalista

CARACTERÍSTICAS DE LA REFORMA DEL ESTADO (3)

Dimensión	Estructura	Ciclo
Ideología	Liberal contractualista	Retórica socialista. Nacionalismo bolivariano. Humanismo individualista. Desclasamiento. Sujeto histórico plural y diverso. Neoinstitucionalismo. Representación del mundo en torno derechos y garantías
Tiempo	Progreso	Cambio por etapas

OBJETIVO DE LA REFORMA

A pesar de diferencias política neoliberal y la política neoinstitucionalista el objetivo más importantes de la política anti crisis es transferir las riquezas de la nación a manos de las empresas transnacionales y nacionales.

En los dos modelos la flexibilización laboral, la limitación o eliminación de los derechos colectivos de los trabajadores públicos son comunes y funcionales al objetivo primario

FASES DE LA REFORMA (1)

- **FASE 1. EL DISCURSO SOCIALISTA Y ALFARISTA**
Incremento de Inversión en educación y salud
Infraestructura: carreteras, hidroeléctricas
Ampliación bono de solidaridad
- **FASE 2. FORMULACIÓN DEL MARCO JURÍDICO NEOCONSTITUCIONALISTA**
Nueva Constitución 2008, Plan Nacional del Buen Vivir (Sumac Causay), LOSEP

FASE 3. APLICACIÓN DE POLÍTICA REGRESIVA

Tercerización, transferencia de fondos públicos a empresas privadas (contratos).
Despidos (60000), prohibición descuentos
LOSEP, Eliminación de afiliación obligatoria, Reglamentos, Decretos antiobreros.
Ley de Minería, Ley de Aguas (despocेशन)
Criminalización lucha popular: Código Penal
Estancamiento de la inversión en salud y educación.

REFORMA DEL ESTADO Y DERECHOS LABORALES

La REE guiado por un conjunto de enunciados o principios que carecen de contenido determinante en relación a reglas y normas que contradicen.

Al tiempo de proclamarse principios, se establece un sistema reglamentario que niega los principios:

Combinación principios formalmente garantistas y antineoliberales, con disposiciones que profundizan la flexibilización laboral que son elevados a nivel de principio constitucional.

PROCLAMACIÓN Y NEGACIÓN DE DERECHOS

RECONOCIMIENTO DE DERECHOS	RESTRICCIÓN DE DERECHOS
Art. 325-7) garantía del derecho y la libertad de organización de las personas trabajadoras, sin autorización previa (este derecho también se otorga a los empleadores).	Art. 326-8) el Estado estimulará la creación de organizaciones de trabajadores y promoverá su funcionamiento democrático participativo y transparente con solemnidad en la dirección.
Art. 326-11) será válida la transacción en materia laboral siempre que no implique renuncia de derechos.	Art. 326-13) se garantizará la contratación colectiva con las excepciones que establece la ley.
Art. 326-14) se reconocerá el derecho de los trabajadores a la huelga, y en los empleos el derecho al paro de acuerdo con la ley.	Art. 326-15) se prohíbe la paralización de los servicios públicos.

Combinación principios con disposiciones que profundizan la flexibilización laboral elevados a nivel de principio constitucional.

ARTÍCULO CONSTITUCIONALES	PRINCIPIOS	REGLAS O NORMAS ESTRATEGIAS
32: Sobre los principios que regirán el derecho a la Salud	Equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad y bioética, con enfoque de género y generacional.	calidad, eficiencia, eficacia, precaución.
34: Sobre los principios por los que se regirá la Seguridad Social	Solidaridad, universalidad, equidad, transparencia y participación	Obligatoriedad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia.

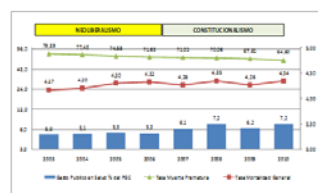
SITUACION DE SALUD INICIO DICTADURA CONSTITUCIONALISTA

- Año 2006: 40% de causas de muerte y de morbilidad grave eran evitables por acción exclusiva de los servicios de salud
- 25% de la población sin acceso a servicios de salud
- Cobertura pública 49% de la población.
- Altos gastos de bolsillo de los más pobres.

Impacto de la política de salud

- Desde el año 2006 a 2010 la inversión en salud paso de 1,2% a 2,4% del Producto Interno Bruto (PIB).
- No se ha logrado los objetivos de universalidad y equidad
- Situación de salud no ha experimentado una mejoría en relación directa con la inversión.

Tendencias de muerte y Gasto Público en Salud. Ecuador 2004 a 2010



Causas del fracaso

- i) Insuficiente inversión en salud
- ii) Inequitativa distribución de recursos
- iii) Ineficiencia en los gastos en salud: predominio modelo curativo.
- iv) Transferencia de los fondos públicos a las privadas como nueva forma de privatización.

Coberturas del Sistema de Salud



Fuente: IESS, Dirección General de Salud Individual y Familiar, 2010

El mercado de la salud



La Red acuerda:

- Continuar con un proceso de diálogo y articulación con el ISP-PUCE.
- Preparar un estudio del impacto de la reforma de Estado en los derechos colectivos de los trabajadores y trabajadoras de la salud en la región Andina, desde el 2015.
- En cuanto al estudio de salud ocupacional en trabajadores de la salud (riesgos y daños en la salud ocupacional) Se abrirá la plataforma virtual de la Federación Médica Ecuatoriana para iniciar con un piloto para alimentar una base de datos de encuesta multi país, que será procesada en Ecuador y enviada sus resultados para análisis de cada país. Esta información servirá como línea base para evidenciar el deterioro de la salud ocupacional en el sector como resultado de la aplicación de la reforma laboral-Estado.

7. FUNCIONAMIENTO DE LA RED

En base a la reflexión de que se ha dedicado mucho tiempo desde el nacimiento de la Red a pensar en los procedimientos y reglas de funcionamiento, más que en el desarrollo de trabajo concreto, se decide unánimemente iniciar un nuevo momento de la Red, derogando todos los mecanismos de funcionamiento anterior y adoptando un nuevo modelo de trabajo basado en la confianza, la legitimidad de las organizaciones y representaciones, generando diálogo, identidad y confluencia. Se acuerda que el funcionamiento de la Red tendrá como norma única a los estatutos de la ISP.

Esta reunión ha sido muy productiva porque se ha dedicado todo el tiempo para el trabajo. Para garantizar que las decisiones aquí adoptadas puedan ser llevadas a la práctica, es necesario garantizar la continuidad de los procesos dentro de las organizaciones y sus representaciones, buscando un adecuado equilibrio. Se avecinan cambios en la dirección de un gran número de organizaciones de la Red, por lo que es necesario recomendar a las organizaciones niveles de continuidad que hagan que el trabajo de la Red no se interrumpa.

Para lograr un adecuado proceso la Red se acuerda:

- Mantener la memoria e institucionalidad de esa memoria en la Red y lograr su reproducción/apropiación en las organizaciones.
- Velar por la representatividad, institucionalidad, delegación, continuidad, cualificación de la representación y rotación.
- Plantear al SUBRAC elevar una recomendación sobre los procesos y las responsabilidades de las organizaciones de garantizarlos.
- Lograr fluidez en los métodos y los procesos mirando la buena experiencia de la RAAPE.
- Establecer coordinaciones nacionales que articulen el trabajo. Una persona se hará cargo por país.
- Desarrollar reuniones virtuales sistemáticas, realizado una memoria y circulándola a todos. De esta manera se institucionalizan las reuniones para lograr continuidad y sistematicidad.
- Se establece como hora a las 16h30 de Bogotá, Lima, Quito; 17h00 de Caracas; y 17h30 de La Paz. Las fechas de las próximas reuniones serán los miércoles: 30 de octubre, 13 y 27 de noviembre, 4 y 11 de diciembre.
- Se procede a designar cómo va a quedar la rotación de la coordinación subregional de la Red, en responsabilidad de las organizaciones de Ecuador en representación de la FME y FEDE, para el período enero de 2014- Diciembre de 2015.

En cuanto **a la articulación regional de la Red**, la reflexión inicia en torno a ubicar los sectores que en el nivel regional han trabajado a través de organizaciones estructuradas que coordinan con la ISP, como FRASUR, CONTAGUAS, ULATOC, CONTUA, CLTJUDICIALES. Otras son las redes propias de la ISP, como Salud, Municipales y Jóvenes; que han funcionado a través de reuniones regionales con alguna periodicidad. En 2014 hay una reunión sectorial regional de salud.

Para garantizar una mayor incidencia regional de la Red se acuerda:

- Proponer a Colombia, como sede de la próxima reunión regional del sector, con el objetivo de elevar la lucha y el acompañamiento internacional por la grave situación que vive el sector salud.
- Solicitar que en la agenda del IAMREC se de tratamiento a la articulación del sector salud en la región y se proponga la campaña de la Red Andina.
- Solicitar que se invite a la compañera Jeannette Piñango en nombre de la Red y en su calidad de representante política alterna a la reunión IAMREC 2014 en Guatemala, para exponer lo anterior

8. COMPROMISOS

NOMBRE	A QUÉ ME COMPROMETO	CÓMO LO VOY A HACER
Alberto Narváez	Formular el protocolo de vigilancia de eventos de salud, ligado a vigilancia de derechos por carencias institucionales	Crear en el portal de la FME el sistema informático de vigilancia Enviar por email los resultados de los estudios
Martha Pineda	Socializar entre nuestras bases los compromisos en esta reunión de la Red de Salud. Socializar la campaña a nivel nacional y distrital sobre la violación de los derechos laborales y sindicales Realizar las acciones de fortalecimiento de los sindicatos y la Red de Salud	Haciendo talleres, conversatorios y por correo electrónico
Jeannette Piñango	A las actividades programadas	Con compromiso y esfuerzo
Wilfredo Zavaleta	Cumplir con el trabajo propuesto en la Red Replicar a nivel sindical en mi país el trabajo realizado	Utilizando el trabajo y la técnica aprendida Utilizando la logística de mi federación
Linerby Sánchez	A continuar apoyando el funcionamiento de la Red, aportando al equipo coordinador la colaboración necesaria	Manteniendo el trabajo que venimos realizando tanto en nuestra organización como a nivel regional
Daniel Monroy	Facilitar el desarrollo del plan formulado	Participando activamente en las actividades
Juan Diego Gómez	Contribuir con el seguimiento a lo acordado Apoyar el funcionamiento de la Red Buscar los recursos de cooperación internacional para las actividades que así lo requieran	Cumpliendo con mi rol y responsabilidad en la Subregión Andina
Jessica Duque	A integrarme y colaborar con las actividades y proyectos de la Red	Con el apoyo y ayuda de los compañeros de mi sindicato
Víctor Alvarez	Cumplir con los objetivos propuestos y realizar las actividades propuestas	Contactando y articulando con las organizaciones de mi país y la subregión
Yáquerly Gutiérrez	A seguir comprometida con la Red	Con mi organización

Freddy Cañas	A socializar con los jóvenes de la subregión los acuerdos obtenidos en este encuentro	Mediante la Red de Jóvenes
Cándida Lucena	Divulgación de los acuerdos	Reuniones con el equipo y talleres
Ruth Díaz	A denunciar a nivel nacional, regional y mundial sobre la violación sistemática de los derechos laborales y sindicales	Con mi organización nos comprometemos a divulgar los acuerdos a los que llegamos en esta reunión

9. EVALUACIÓN

ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS	CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS
La discusión de política y nexos de la academia con los sindicatos La formulación de los lineamientos del plan	La conexión a internet	Sí, todos. Se lanzó el libro y se formuló los lineamientos del trabajo de la Red de Salud
Hemos sacado los objetivos principales para el desarrollo de buen funcionamiento de la Red	El tiempo muy corto para tratar los temas complejos de salud en la regional	Sí, porque realizamos los objetivos principales, determinamos responsables y tiempo para poder desarrollar la campaña
La seriedad de las discusiones y la logística	Nada	Sí, se han logrado, porque se consolidó una buena propuesta de trabajo
La interrelación con los compañeros de los países Andinos y su problemática local Compartir aspectos laborales y sindicales en el sector salud	El horario no empezó a la hora indicada	Sí, se cumplió con los objetivos propuestos; así como con el plan de trabajo de todos los miembros participantes
El nivel de armonía, compromiso y acuerdos que se lograron en esta oportunidad La presentación del libro	Los compañeros y compañeras que no pudieron asistir	Sí, porque por primera vez la Red de Salud trabajó en equipo consolidando un plan de trabajo con debates serios y profundos para lograr

en el marco de la reunión La participación de Odile Frank como responsable mundial del sector salud en la ISP		acuerdos importantes
El desarrollo de la reunión permitió ser más operativos en el plan de acción y menos deliberantes en asuntos de organización legal	El tiempo no fue suficiente para debatir los temas planteados	Sí, se formuló un plan de acción que permitirá desarrollar la Red
La fraternidad y transparencia en las discusiones y en el logro en la formulación de unos objetivos de la Red y de un plan de acción	La violación a los horarios de inicio de sesiones. Mayor respeto para el tiempo de todos y todas	En general sí.
Reconocimiento de debilidades de la Red y compromisos para solidificarla	Ninguno	Sí, se acordaron metas conjuntas
Organización, compromisos, objetivos de trabajo, articulación de la Red	Logística del hotel	Sí, porque se cumplieron los objetivos y se re articuló la Red
Los resultados logrados en consenso y armonía	El poco tiempo. Es agotadora la jornada	Sí, fue muy positiva ya que los acuerdos se lograron sin ningún problema
La integración de los representantes de la Red de Salud y el análisis de los diversos temas	Ninguno	Sí.
Todo	El que no se hizo trabajo en grupo que es más dinámico	Sí, cumplida la agenda
El acuerdo al que llegamos	No me parece que haya habido nada negativo	Sí hicimos todo el trabajo en el cual nos habíamos propuesto

VM, octubre de 2013.