

VII Seminario  
de Formación  
en Derechos  
Económicos,  
Sociales y  
Culturales

**el Derecho**  
**Humano a la** **SALUD**  
**Una visión**  
**Integral**

Caracas, 26 al 30 de junio 2006

**MEMORIAS**

**El derecho humano a la salud: una visión integral**  
**Memoria del VII Seminario de Formación en Derechos Económicos, Sociales y Culturales**

Edición y distribución: ©Provea, 2006

Depósito Legal: If41420063004395

ISBN: 980-6544-19-6

ISSN: 1690-3072

Planificación y ejecución del evento: PROGRAMA DE EXIGIBILIDAD DE PROVEA

Dirección de publicación: MARÍA DEL ROSARIO HERNÁNDEZ

Registro y sistematización: PROVEA Y NIDESCA SUÁREZ

Corrección de estilo: MARÍA DEL ROSARIO HERNÁNDEZ y MARÍA ELENA RODRÍGUEZ.

Diagramación y montaje: URAIMA GUERRA

Diseño de portada: RAFAEL UZCÁTEGUI

Impresión: 500 ejemplares.

PROVEA

SM0007

Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos

Memoria del VII Seminario de Formación en DESC: el derecho humano a la salud: una visión integral / Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos. -- Caracas: PROVEA, 2006

228p; 22 x 15 cm.;ilus.

ISBN: 980-6544-19-6

1.- SEMINARIOS 2.- MEMORIAS 3.- DESC 4.- DERECHO A LA SALUD 5.- INTEGRALIDAD 6.- EXIGIBILIDAD I.- TÍTULO

El contenido de esta obra puede ser citado y difundido por cualquier medio, siempre que sea sin fines comerciales. Agradecemos citar la fuente.

Programa Venezolano  
de Educación-Acción  
en Derechos Humanos  
(Provea)

Tienda Honda a Puente Trinidad, Boulevard Panteón,  
Edif. Centro Plaza Las Mercedes, P.B., Local 6, Caracas.  
Apdo. Postal 5156, Carmelitas 1010-A.  
Telf. 860 66 69 – 862 10 11  
Correo Electrónico: [provea@derechos.org.ve](mailto:provea@derechos.org.ve)  
Sitio Web: <http://www.derechos.org.ve>



Esta publicación llega a sus manos gracias a la Unión Europea (UE),  
Embajada de Noruega, Katholische Zentralstelle Entwicklungshilfe e.V (KZE)  
y Pan para el Mundo (PPM).

# Índice

<b>Presentación</b> .....	5
Isamar Escalona .....	
<b>Programa</b> .....	8
<b>LUNES 26 DE JUNIO DE 2006</b> .....	10
• <b>Ponencia introductoria</b> .....	10
«Implicaciones de la salud como derecho humano y fortalecimiento del sentido de equidad desde la salud» Ponente: Armando De Negri .....	
• <b>Taller I: La salud como derecho humano</b> .....	25
Facilitadoras: Maureen Riveros e Isamar Escalona .....	
<b>MARTES 27 DE JUNIO DE 2006</b> .....	30
• <b>Panel: El derecho humano a la salud: Una visión interdependiente</b> .....	31
Oscar Parra (CIDH-Colombia) .....	31
Natalia Paredes (Cinep-Colombia) .....	39
• <b>Panel: Derecho a la salud y otros derechos relacionados: Agua, ambiente sano, vivienda, trabajo</b> .....	47
María Silvia Emanuelli (HIC-México) .....	47
Ana Barrios (Provea-Venezuela) .....	55
Francisco González (UCLA-Venezuela) .....	64
• <b>Taller II: Mecanismos nacionales para la exigibilidad del derecho humano a la salud</b> .....	73
Facilitadores: Yael Bello y Marino Alvarado .....	
• <b>FORO PÚBLICO: Reflexiones sobre el anteproyecto de la Ley de Salud</b> .....	74
Rafael Ríos (Subcomisión de Salud de la Asamblea Nacional-Venezuela) .....	75
Armando de Negri (Brasil) .....	88
Absalom Méndez (UCV-Venezuela) .....	94
María Elena Rodríguez (Provea-Venezuela) .....	98
<b>MIÉRCOLES 28 DE JUNIO DE 2006</b> .....	114
• <b>Políticas públicas en materia de salud</b> .....	115
Esperanza Martínez (Ministerio de Salud y Desarrollo Social-Venezuela) .....	115
Manuel González (Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales-Venezuela) .....	120
Asia Villegas (Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana-Venezuela) .....	123

• <b>Situación del derecho a la salud desde una perspectiva integral</b> .....	140
Yolanda D'Elías (Convite) .....	140
Maureen Riveros (Provea) .....	145
• <b>Taller III: Cómo investigar la realización del derecho a la salud</b> .....	152
Oscar Parra (IIDH-Colombia)	
María Elena Rodríguez (Provea- Venezuela)	
<b>JUEVES 29 DE JUNIO DE 2006</b> .....	155
• <b>Experiencias nacionales organizativas y de lucha en defensa del derecho a la salud. Participación y contraloría social</b> .....	155
<b>Caso La Owallera.</b> Elsa Torres (Luchadora por el derecho a la salud) .....	156
<b>Caso J.M. de los Ríos.</b> María Elena Rodríguez (Provea) .....	161
Consalud. Irma Beltrán .....	167
Organización de adolescentes frente a la violencia intrafamiliar.	
Lilian Montero (Cecodap) .....	173
Promoción y organización comunitaria en salud. Noris Correa (Codehva) .....	182
Mesas Técnicas de Agua. Víctor Díaz (Hidrocapital) .....	186
• <b>Experiencias internacionales de organización y lucha por el derecho a la salud</b> .....	194
Experiencias de articulación. Natalia Paredes (Cinep-Colombia) .....	194
Tribunal de Agua. María Sílvia Emanuelli (HIC-Mexico) .....	201
• <b>Actividad cultural</b> .....	214
«Cuento Para Dos Voces». Agrupación Cuenta Peregrino	
Grupo cultural : «La patria buena»	
<b>VIERNES 15 DE JULIO DE 2005</b> .....	215
• <b>Taller IV: Mecanismos de justiciabilidad del derecho humano a la salud</b> .....	215
Facilitadora: María Elena Rodríguez (Provea)	
<b>Directorio de participantes</b> .....	218
<b>Minicurricula de colaboradores</b> .....	222
<b>Evaluación general</b> .....	225

## PRESENTACIÓN

---

Desde sus inicios el Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (Provea) ha realizado diversas acciones orientadas a la exigibilidad y justiciabilidad del derecho a la salud desde una perspectiva integral del derecho. En ese caminar caben destacar algunas de esas actividades: en el año 1997 interpone un recurso de amparo por la atención de 10 pacientes del Hospital Domingo Luciani, a principios del año 1998 asume con otras organizaciones la campaña «Salud gratuita es salud para todos», durante el año 1999 desarrolló el proyecto «La defensa del derecho a la salud en la región andina», realizando diversas estrategias de promoción y educación, entre ellas, el Seminario Internacional «El derecho humano a la salud. Retos para el nuevo milenio».

Como parte de la estrategia educativa elaboró diversos materiales pedagógicos, entre ellos, la Serie Tener Derechos no Basta: «La salud es un derecho humano» en dos ediciones: una en el año 1996 y la otra en 1999; igualmente en el marco de la Serie Aportes, un documento denominado: «La Salud como derecho humano. Marco nacional e internacional de protección al derecho humano a la salud», en el año 1998. Un año después editó el vídeo sobre el contenido del derecho a la salud. Y en el año 2004, como parte de la Serie Aportes un material «Instrumentos para la Protección y Defensa del Derecho a la Salud. Igualmente, ha desarrollado diversas acciones de justiciabilidad por el derecho a la salud en casos como «La Ovallera», el J.M. de los Ríos, entre otros.

En ese marco, y luego de haber priorizado institucionalmente en el año 2003, acciones para la exigibilidad de los derechos a la salud y a la vivienda, se inscribe la VII edición del Seminario de formación en DESC. Es importante destacar que el Seminario se ha posicionado como una estrategia

educativa que intenta ser un espacio de reflexión sobre la exigibilidad y justiciabilidad de los Desc, teniendo como referencias la experiencia de defensa y reflexiones nacionales e internacionales, un espacio para el encuentro, el debate, la reflexión.

El VII Seminario de Formación en Desc: «El derecho humano a la salud: una visión integral», realizado entre los días 26 y 30 de junio de 2006, se orientó al análisis de la situación del Derecho a la Salud en Venezuela, intercambiar experiencias de exigibilidad y justiciabilidad en el ámbito nacional e internacional. Este Seminario congregó a un grupo diverso de 48 personas de diferentes regiones del país, activistas de derechos humanos, profesionales, académicos de diversas ramas y estudiantes que, como punto en común, desarrollan de una u otra manera acciones en defensa y promoción del derecho a la salud desde una perspectiva integral.

Compartimos con ustedes estas Memorias que, conscientes de que la vivencia de los cinco días supera el registro escrito, recoge las ponencias presentadas, así como la sistematización de las actividades realizadas, las inquietudes, interrogantes y aportes de las/os participantes.

La metodología desarrollada durante esos días (paneles, talleres, grupos de trabajo, noche cultural, intercambio de experiencias) y sobre todo la convivencia y la interacción entre el grupo de participantes, organizadoras/es y ponentes, hicieron posible el cumplimiento de los objetivos planteados para esta jornada; quedando el compromiso de continuar desarrollando, desde diferentes espacios geográficos y temáticos, acciones (educativas, de defensa, de cabildeo, jurídicas, legislativas, etc.). En síntesis, acciones de exigibilidad y justiciabilidad que garanticen la realización progresiva del derecho a la salud en nuestro país y en América Latina, de manera específica y en general, en la defensa de la dignidad de las personas y de los pueblos hacia otro mundo posible.



 VII SEMINARIO DE FORMACIÓN EN DESC

---

**«El derecho humano a la salud: una visión integral»**  
Caracas, 26 al 30 de junio de 2006

<b>Hora</b>	<b>LUNES 26</b>	<b>MARTES 27</b>
8:30 am	Acreditación y entrega de material	
9:00am a 10:30am	<p>Bienvenida y apertura Marino Alvarado</p> <p>Presentación de Participantes Presentación de Metodología Isamar Escalona</p>	<p>El derecho humano a la salud: visión interdependiente Ponentes: Oscar Parra (CIDH- Colombia) Natalia Paredes (Cinep- Colombia)</p> <p>Modera: Maureen Riveros</p> <p>Interacción con las/os participantes</p>
10:30am	<b>RECESO PARA EL CAFÉ</b>	
10:45am a 11:30 am	<p>Ponencia Introductoria: "Implicaciones de la Salud como derecho humano y fortalecimiento del sentido de equidad desde la salud".</p> <p>Armando De Negri (Brasil)</p>	<p>Panel: Derecho a la salud y otros derechos relacionados: al agua, a un ambiente sano, a la vivienda, al trabajo Ponentes: Maria Silvia Enmanuelli (HIC) Ana Barrios (Provea) Francisco González (UCLA)</p> <p>Modera: Maureen Riveros</p>
11:30am	Interacción con las/os participantes	Interacción con las/os participantes
12:30pm	<b>RECESO PARA EL ALMUERZO</b>	
2:00pm a 4:00pm	<p>Taller I La Salud como derecho humano</p> <p>Facilitadoras: Maureen Riveros Isamar Escalona</p>	<p>Taller II Mecanismos nacionales para la exigibilidad del Derecho a la salud.</p> <p>Facilitadoras/es: Marino Alvarado Yael Bello</p>
4:00pm	<b>RECESO PARA EL CAFÉ</b>	
4:15pm a 5:30pm	Continuación del Taller	Continuación del Taller
6:00pm a 8:00pm		<p>Foro público: Reflexiones sobre el Anteproyecto de la Ley de Salud</p> <p>Ponentes: Rafael Ríos (Presidente de la Sub. Comisión de Salud de la Asamblea Nacional) Armando D Negri (Experto Internacional en Salud Pública) Maria Elena Rodríguez (Provea) Absalom Méndez (UCV)</p> <p>Modera: Marino Alvarado.</p>

MIÉRCOLES 28	JUEVES 29	VIERNES 30
<p>Políticas Públicas en materia de Salud Ponentes: Dra. Esperanza Martínez (Ministerio de Salud) Ing. Manuel González (Dirección General de Educación Ambiental. MARN) Dra. Asia Villegas (Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana)</p> <p>Modera: Marino Alvarado</p> <p>Interacción con las/os participantes</p>	<p>Experiencias nacionales organizativas y de lucha en defensa del derecho a la salud Participación y contraloría social Ponentes: Caso La Ovallera Elsa Torres. Caso J.M de los Ríos Maria Elena Rodríguez (Provea) Consalud. Irma Beltrán</p> <p>Modera: Isamar Escalona</p> <p>Interacción con las/os participantes</p>	<p>Taller IV: Mecanismos de justiciaabilidad del Derecho humano a la salud.</p> <p>Facilitadora: Maria Elena Rodríguez (Provea)</p>
<b>RECESO PARA EL CAFÉ</b>		
<p>Situación del derecho a la salud desde una perspectiva integral. Ponentes Yolanda D' Elias (Socióloga -Especialista en Salud) Maureen Riveros (Investigadora del Derecho a la Salud - Provea)</p> <p>Modera: Marino Alvarado</p> <p>Interacción con las/os participantes</p>	<p>Continuación... Organización de adolescentes frente a la violencia intrafamiliar. Lilian Montero - Cecodap Promoción y organización comunitaria en Salud. Noris Correa. Codehva. Mesas Técnicas de Agua. Víctor Díaz - Hidrocapital</p> <p>Modera: Isamar Escalona</p> <p>Interacción con las/os participantes</p>	<p>Continuación...</p> <p>Evaluación, entrega de certificados y cierre.</p>
<b>RECESO PARA EL ALMUERZO</b>		
<p>Taller III Cómo investigar la realización del derecho a la salud.</p> <p>Ponencia Introductoria: Oscar Parra (CIDH- Colombia)</p> <p>Facilitadora: Maria Elena Rodríguez (Provea)</p>	<p>Experiencias internacionales de organización y lucha por el derecho a la salud</p> <p>Ponentes Natalia Paredes (Experiencias de articulación) Maria Silvia Enmanuelli (Tribunal del agua)</p> <p>Modera: Isamar Escalona</p>	
<b>RECESO PARA EL CAFÉ</b>		
<p>Continuación del Taller</p>	<p>Interacción con las/os participantes</p> <p>Actividad Cultural</p>	



**Armando De Negri (Experto en Salud Pública - Brasil)**

## **IMPLICACIONES DE LA SALUD COMO DERECHO HUMANO Y FORTALECIMIENTO DEL SENTIDO DE EQUIDAD DESDE LA SALUD**

Cuando hablamos de derechos hablamos de una construcción relacionada con una opción moral y ética. ¿Por qué decir que todos tenemos derecho a tener salud? Surge del pensamiento de que todos y todas somos seres humanos y debido a eso todos y todas tenemos derecho a gozar de buena salud y disfrutar de las condiciones que la permiten. Esa es una posición moral.

En el mundo vamos a encontrar a muchas personas que van a argumentar que la salud no es un derecho, sino una mercancía, si puedes pagar tienes salud, si no puedes pagar no tienes salud ¿quién te manda a no tener dinero suficiente para poder pagarla? Esa posición moral de la que hablaba es también una posición ética, pero sin ningún componente de derecho.

Por otra parte, si decimos que la salud es un derecho fundamental eso implica organizarse para hacer realizable esa posibilidad de vida. Esa es la construcción ética que parte de una opción moral, es decir, el enfoque de derecho es una construcción que parte de opciones morales, las cuales se establecen a partir de nuestra visión y de unos valores que guían nuestra acción. Es algo que se construye en la vida en sociedad donde adoptamos una postura política. El tema del derecho es una construcción relativamente reciente. No hace mucho teníamos esclavos, claro que actualmente tenemos otras modalidades de esclavitud, como la económica, la política, etc.

El tema del derecho sigue siendo relativo, puesto que se trata de una postura, una decisión política basada en opciones morales y éticas que nos lleva a decir que el derecho es lo que debe guiar nuestros pasos.

Por otro lado el concepto del derecho a veces se transforma en un discurso, en una retórica, sin materializarse en la vida cotidiana. Muchas veces hablamos de derechos, pero los mismos no se traducen en realidad. Por supuesto que esto se relaciona con el momento histórico de cada sociedad, por lo general, no todos tienen acceso a las mismas posibilidades.

En el caso venezolano hay una Constitución que establece un marco de derechos, pero en la vida real todavía hay mucha distancia en relación a la materialidad del derecho. Sin embargo, se está dando un proceso en pro de esa materialización, en otras sociedades no hay ni siquiera caminos establecidos hacia la materialización de los derechos, por lo tanto, los derechos se transforman en un discurso sin materialidad en las políticas públicas.

En el Siglo XXI nuestro gran desafío es materializar la democracia social. En el Siglo XX se trató de la democracia política. Si pensamos en los inicios del Siglo XX vemos que en las llamadas democracias la mayor parte de la población no votaba, sólo un pequeño número de personas podía votar. En Brasil solamente podían votar las personas alfabetizadas, quienes constituían menos del 20% de la población, además se exigía disfrutar de un ingreso mínimo. Las mujeres obviamente no votaban, tampoco los negros aunque ya no eran esclavos, pero su condición económica y su nivel de educación no se los permitía, según los cánones establecidos entonces. ¿Quiénes votaban en Brasil? Los hombres blancos y alfabetizados que disfrutaban de cierto ingreso económico. En muchos países fue así, por lo tanto se dio un cambio muy grande en el Siglo XX, por eso cuando hablamos de derechos en el Siglo XX pensamos en los derechos civiles y políticos, más aún al referirnos a la época de las dictaduras latinoamericanas. Hemos avanzado muy poco en materia de derechos sociales. Pienso que el Siglo XXI será el siglo de los derechos fundamentales en el campo social.

¿Cómo concebimos el derecho a la salud? Como opción moral y ética dentro del derecho histórico que estamos viviendo. Creo que el derecho a la salud tiene dos posibilidades: Una es visualizarlo como un derecho social, lo cual representa un problema, porque los derechos sociales son entendidos como derechos de implementación progresiva. Actualmente a nivel de jurisprudencia si no se observa un retroceso en los niveles de garantía del derecho a la salud no hay crimen. Esto quiere decir, que podemos avanzar muy lentamente en garantizar el derecho a la salud. Los Estados pueden justificar jurídicamente que están avanzando en el derecho a la salud, mientras no retrocedan en lo que ya tiene la población. Eso es parte de la jurisprudencia internacional.

Podemos decir que un país no está garantizando el derecho a la salud, pero resulta que lo está garantizando muy lentamente o para una parte de la población y, eso es aceptable como una idea de la evolución de un derecho social, puesto que los derechos sociales están ligados a la idea de implementación progresiva. Ese concepto de implementación progresiva no nos sirve, pero lo aceptamos en la cotidianidad. Cuando un Estado dice no tener dinero suficiente para garantizar toda la atención en salud está diciendo que no toda la gente va a tener lo que necesita y eso está aceptado como una realidad. ¿Los argumentos? Que la atención en salud es muy costosa, por lo tanto ese derecho –a diferencia de un derecho político– no se puede exigir inmediatamente. Lo que ocurre frecuentemente es que la exigibilidad termina tratándose en casos individuales.

Es difícil plantear el derecho a la salud como derecho colectivo porque no hay un punto de vista nacional o internacional que permita decir que el fallo de un caso particular sirva para toda la gente. No funciona así. Por eso es necesario interponer una acción política para cada persona cuyo derecho haya sido violado, por lo tanto el derecho a la salud, siendo un derecho social fundamental no es de exigencia inmediata. Debido a eso, en los últimos tiempos, hemos estado tratando de acercar el derecho a la salud al derecho a la vida porque el derecho a la vida es un derecho fundamental, si no me mantengo vivo no necesito ningún derecho, tal vez el derecho a lograr el Paraíso o a una sepultura digna.

El derecho a la salud está vinculado con el derecho a la vida. En Colombia tuvo lugar recientemente un caso muy complicado. Una niña ingresó a un hospital, pero como la modalidad de su seguro no garantizaba todo tipo de atención su familia tuvo que anteponer una solicitud al Ministerio Público. El fallo tardó y finalmente declarado con lugar, se dijo que debido a su necesidad ella podía acceder a un tipo de terapia que no estaba cubierta por su seguro, cuando salió el fallo ya la niña tenía veinticuatro horas de haber fallecido. Entonces, de qué derecho estamos hablando y la Constitución colombiana dice que hay derechos, pero en la práctica la forma como se estructura el sistema de salud establece una progresión dentro de limitaciones posibles a partir de un sistema de aseguramiento por contribución que en parte sufraga la persona y en parte sufraga el Estado, esto se refleja en la práctica con un conjunto de carencias hacia la misma gente.

Eso sucede frecuentemente en nuestros países donde la estructura –aun aquellas que buscan la universalidad– permite ajustarse a una lógica donde la salud en realidad no es un derecho, porque un derecho no puede garantizarse por la mitad, o hay derecho o no hay derecho. Si el derecho a la salud está vinculado al

derecho a la vida tenemos que tratarlo como un derecho fundamental de exigibilidad inmediata. Se trata de una pelea dura que hay que dar porque no es sencillo transformar una disciplina jurídica.

Si el tema del derecho está ligado a una construcción moral y ética nosotros debemos disfrutar de esa construcción implícita del derecho a la salud como derecho a la vida, si lo establecemos como un derecho fundamental y no solamente como un derecho social podemos establecer su exigibilidad inmediata. Toda la gente que espera en un hospital para ser atendida debería gozar de atención inmediata. Siempre se alude que materialmente esa inmediatez no es posible, yo quiero decirles que sí es posible. Si nosotros aceptamos esa imposibilidad empezamos a negociar el derecho a cambio de una respuesta parcial, en ese caso mejor no hablemos de derechos, mejor hablemos de otra cosa.

Si de veras estamos hablando desde una perspectiva de derecho entonces nuestra mirada sobre la realidad debería considerar: 1) el derecho es completo, entero, no se da ni se exige fragmentado, 2) el derecho a la salud está vinculado al derecho a la vida, por lo tanto moral y éticamente planteemos el derecho a la salud como un derecho fundamental, no puede verse simplemente como un derecho social de carácter progresivo. Estos dos aspectos cambian la mirada del derecho.

La base de todo esto es el imperativo ético de responder a las necesidades sociales que materialicen el derecho, esto debe asumirse como un valor ético. Si en Caracas yo tengo cien personas que necesitan camas de terapia intensiva y no puedan pagar por ellas y en la ciudad hay setenta camas de terapia intensiva en instituciones públicas, eso significa que hay treinta que no van a obtener lo que necesitan. La realidad es aún peor.

Si yo tengo un imperativo ético de responder a las necesidades sociales en salud y hay personas sin acceso a los servicios, yo estoy incurriendo en violación del derecho. Lamentablemente esa lógica de exclusión está naturalizada. ¿Por qué? Porque todavía no trabajamos con la idea radical del imperativo ético de responder a las necesidades sociales. Actualmente estamos trabajando para modificar las estructuras asistenciales con el fin de cubrir las necesidades sociales. Hay que estructurar las respuestas a partir de lo que la gente necesita, no se trata de estructurar ofertas a partir del dinero que se considera disponible para ello. Esto es complejo, tiene que ver con presupuestos nacionales, con la lógica de organización del sistema, con los compromisos profesionales, etc., pero también tiene que ver con cómo los sectores sociales entienden el derecho a la salud, justamente ahí radica el motor del cambio.

No estamos hablando simplemente de oportunidades, sino de necesidades de cambio estructural, por ende eso repercute en la idea de un contrato social, el cual es el acuerdo que se hace en el ámbito de la sociedad para establecer vigencia de derechos y objetivos. Esto es difícil de lograr porque frecuentemente la prioridad número uno es el tema del llamado desarrollo económico, después de eso es cuando van a ver cómo distribuir los beneficios sociales. Esa es la lógica que se impone actualmente en todo el mundo. Dicen que después del desarrollo económico se van a ocupar del desarrollo social. Eso no existe, es una cosa mítica.

No hay que esperar a que el desarrollo económico se consolide, para formar una sociedad globalizada y luego, si todo eso funciona, nos vamos a ocupar de los beneficios sociales. Los datos que tenemos demuestran que mientras más se globaliza la economía más se concentra la riqueza. Eso es un hecho concreto. Si de verdad el contrato social es pro-derecho, pro-equidad, pro-justicia social, el mismo debe reflejarse en una organización de la sociedad en su dimensión productiva y económica que posibilite el desarrollo social. Estamos hablando de una vida que valga la pena vivirla. La salud no es la ausencia de enfermedades, sino tener las condiciones adecuadas que nos faciliten el vivir una vida que nos de placer.

Cuando se habla de aumentar la expectativa de vida esto significa, para muchas personas, la prolongación de su sufrimiento. En muchos países ese aumento significa, para muchas personas, vivir más años enfermos, sin recursos económicos, de forma precaria, sufriendo. Es una realidad dramática.

Estamos hablando de un contrato social que establece sujetos de derecho y un marco de esfuerzo colectivo para garantizar esos derechos. Ese es un desafío enorme. La mayoría de los contratos sociales lo que hacen es garantizar el poder de los poderosos y construir formas para que aquellos que sufren los efectos de ese ejercicio de poder no se revelen, por lo tanto son contratos sociales de migajas.

Acá en Venezuela ocurre un fenómeno muy importante que es cómo los sectores populares se fueron apropiando de la Constitución. Los principios constitucionales que necesitan traducción en las leyes orgánicas y leyes ordinarias frecuentemente están desconectados de la realidad de la gente. Esto es algo que sucede frecuentemente.

La Constitución vigente en Colombia establece un derecho a la salud, pero la Ley 100 de 1993 establece otra norma y están las dos juntas: la Constitución y la Ley. En la práctica el acceso no es igual para todos. Con esto quiero decir que

muchas veces las leyes entranpan los principios constitucionales. Hay que mirar las leyes con mucha atención, desde la perspectiva de un derecho radical y de la potencialidad de producir justicia social a partir de la ley.

Por otra parte tenemos que no hay derecho sino hay el deber de alguien que lo garantice. En el contrato social, a partir de una Constitución que establece derechos a la ciudadanía, hay un garante del derecho, ese garante es el Estado. En varios países se da una discusión que dice: «usted tiene derechos como ciudadanos, pero eso implica un deber y si usted no cumple el deber no tiene el derecho». A esto algunos lo llaman corresponsabilidad, a mí me parece una trampa. Yo tengo derechos porque tengo derechos y punto, puedo tener deberes como sujeto dentro de un marco del contrato social. Mi primer deber es no violar el derecho de los demás, pero no es obligante cumplir con el deber para gozar del derecho. No pueden dejar de tratarte una infección en la piel porque no te bañes, como un castigo para que dejes de ser cochino. Muchas veces en los servicios obstétricos cuando llega una adolescente embarazada le dicen: ahora te duele, pero antes no te dolió. Es decir, yo establezco una punición basada en la idea de que tú no cumpliste con un deber y por lo tanto no puedes demandar el derecho. Esa es una trampa complicada.

Cuando desplazas la idea del deber al ámbito de las personas desobligas a las estructuras del deber de ser garantes. Un hospital que pertenece a un Estado que es parte de las estructuras garantes del derecho a la salud frente a los ciudadanos sujetos de derecho; si ese hospital no está organizado para garantizar el derecho. Si no se cumple con el imperativo de organizar una respuesta y se disciplinan todas las acciones para responder al derecho, partiendo de la perspectiva de que ese es el deber de las instituciones, el resultado es un desdibujamiento del derecho en su materialidad.

El derecho no se limita a que te atiendan gratuitamente, sino con esa condición de garante del Estado a través de un conjunto de condiciones que permitan materializar el derecho, las cuales empiezan por la dignidad, por el derecho a tener un espacio limpio donde no me exponga a la contaminación y a la violencia. Esas condiciones se relacionan con toda una lógica que materializa el derecho a la salud desde la perspectiva de bienestar y calidad de vida. El derecho a la salud no es solamente contar con la atención puntual a la enfermedad. Por ejemplo, los servicios gineco-obstétricos donde la atención se da en mitad del pasillo, implica una falta de dignidad, se resolvería con la perspectiva de que yo tengo el deber de preservar un derecho, se trata de algo tan básico como por lo menos colocar

una cortina para resguardar la privacidad de la paciente. Se trata de cosas básicas que no se tienen presentes cuando no se está orientado en una perspectiva de derechos y el trabajador y trabajadora que está en la institución no es conciente de tener el deber de preservar un derecho.

El tema de los derechos no se remite a discursos y a talleres, el derecho es algo de materialidad. Si yo vivo en una sociedad que establece un conjunto de derechos, pero en mi vida cotidiana no se materializa, entonces no hay derechos. Si respondemos a un imperativo ético de responder a las necesidades sociales, la materialización del derecho a la salud en la organización de la vida social tiene que optar por un modo de atender las necesidades sociales y con un modo de administrar esa respuesta a las necesidades en salud que sea coherente con el principio de derecho y con un derecho capaz de, en su ejercicio, generar justicia social, si deseo avanzar en la equidad.

La salud es una condición de equilibrio en la cual entran en juego varios componentes, si tenemos salud nos sentimos bien, incluso, podemos tener una patología como la diabetes y sentirnos bien, quizás nos falte una pierna pero podemos sentirnos bien porque tenemos una buena prótesis, acceso a rehabilitación, contamos con un trabajo, vivimos en un núcleo familiar. La salud entendida como bienestar y calidad de vida tiene que ver con condiciones de vida que generen esa calidad que a la vez nos permita ese bienestar, teniendo en cuenta que la perfección de la calidad de vida es algo muy subjetivo. Sin embargo, el derecho a la salud es el derecho a la calidad de vida puesto que ésta es lo que permite generar la salud.

Cuando hablamos del derecho a la salud estamos hablando de un conjunto de otros derechos que debemos rescatar para que haya salud, sino terminaríamos diciendo que salud es tener en cada barrio un centro de salud, un consultorio popular, un Centro de Diagnóstico Integral (CDI) y ya. Y no es cierto. Acá por ejemplo la Misión Barrio Adentro permitió abrir otros centros de acción ligados a educación, deportes, seguridad alimentaria, entró en el panorama el tema de la vivienda, del alcantarillado, transporte público. La materialidad del derecho a la salud depende de la materialidad de otros derechos. El cumplimiento de los derechos genera las condiciones para que se de esa calidad de vida.

Podemos tener acceso al mejor neumólogo, pero si vivimos en una vivienda que no ofrece las condiciones adecuadas y por ende se genera mucha humedad o vivimos en una ciudad caracterizada por la contaminación ambiental, siempre vamos a estar enfermos, por lo tanto no podemos hablar de derecho

a la salud en ausencia de la materialidad de otros derechos, como por ejemplo el derecho a un ambiente sano, que nos permitan gozar del derecho a la salud. Y esto por hablar de un tema tan común como el de las enfermedades respiratorias. Deberíamos establecer el derecho a respirar sanamente. Si hay unos niños(as) que padecen de infecciones respiratorias y su madre fuma dentro de la casa, el deber del Estado es proteger a esos niños(as) pero por otra parte si viven en una casa húmeda, mal ventilada, donde para cocinar se utiliza madera, lo cual genera humo, entonces tenemos otro problema: el acceso a una vivienda de buena calidad, el acceso a la seguridad energética. Sólo tocando el tema del aspecto respiratorio comenzamos a ver una serie de derechos asociados. Si no asumimos esto con una visión amplia y global estaremos intentando secar el piso con el grifo siempre abierto. Es como secar hielo. Así no logramos intervenir sobre las razones que generan lo que estamos tratando de combatir.

La visión tradicional del derecho a la salud se remite al derecho a la atención en salud y eso no es más que un detalle porque la verdadera aspiración es a la salud, a las condiciones que permitan la calidad de vida que nos permita sentirnos sanos, porque si nos llenan de servicios de salud descuidando las condiciones ambientales y sociales, por ende tendremos acceso a mejor atención médica, pero la salud no mejorará.

En la calidad de vida se trabajan varias esferas: la individual, la cual tiene que ver con la autonomía y a la vez esta **autonomía** tiene tres condiciones importantes:

1. **Independencia funcional**, es decir, poder desenvolvemos sin depender de otra persona, me refiero a un independencia funcional biológica motora, cada vez que en un trabajo de parto un neonato sufre una disminución del aporte de oxígeno, le bloqueamos la independencia funcional. Cada vez que alguien sufre un accidente de tránsito y termina con lesiones que le dejan marcado toda la vida, sufre una reversión de su independencia funcional, parte de esos acontecimientos podemos paliarlos a través de la atención médica, otros no, por lo tanto tendríamos que prevenir y esa prevención está relacionada a un concepto de sociedad donde realmente se valore la vida. Por lo general nos movemos dentro de una cultura muy irresponsable respecto a la exposición de la posibilidad del daño, del traumatismo, de la enfermedad, esa postura es síntoma de una sociedad que irrespeta el derecho a la autonomía y a la independencia funcional, lo cual afecta la posibilidad de la calidad de vida.

2. **Autonomía social y económica.** Obviamente si una persona tiene poco acceso a recursos materiales va a tener muy poca autonomía porque estará dependiendo del límite de esos recursos, lo cual se va a reflejar en todos sus espacios de vida.
3. **Autonomía política.** Lo que llamamos emancipación política, esto quiere decir que las personas se sientan con confianza a participar en la vida político-social, sabiendo que a partir de esa participación pueden construirse alternativas colectivas.

Por otra parte nos encontramos con **la dimensión colectiva** en la cual planteamos la equidad a la justicia social, la equidad de oportunidades y de condiciones de vida. Las sociedades poco equitativas, con bajos niveles de justicia social suelen ser sociedades muy violentas. América Latina es el continente con más violencia debido a las grandes inequidades: gente muy rica junto a gente muy pobre. Muchos países de África que son países muy pobres, pero que no poseen esa concentración de riqueza, no presentan esos niveles de violencia. No existe el hecho de mirar al otro lado de la calle y ver a gente que lo tiene todo, mientras en tu lado de la calle la gente se muere de hambre. Eso sucede en América Latina. Esa distancia genera una tensión tan grande que termina convirtiendo a la inequidad en la madre de todas las violencias, o el padre si les parece mejor. Para tener calidad de vida dentro del colectivo debe haber equidad y justicia social.

Dentro del ámbito colectivo está también **el espacio público**, la existencia de espacios democráticos de discusión, consejos comunales, lo que sea que permita a la gente ejercer su emancipación política, esto es clave para construir una dimensión colectiva de calidad de vida. Acabo de escuchar en la televisión el debate sobre los consejos comunales, ahí hay una oportunidad interesantísima de ejercer la construcción de un espacio público, siempre y cuando podamos profundizar en ese espacio el proceso de derecho y emancipación, se trata de la construcción de nuestras libertades políticas.

Luego viene la esfera institucional relacionada con el modo en que las instituciones se organizan para promover la calidad de vida, puesto que las instituciones son parte de la estructura del Estado como garante de los derechos, por lo tanto las instituciones deben adaptarse a esa función. Para ello, hay tres elementos claves, tales como que la institución debe democratizarse, no puede definir prioridades sin tomar en cuenta las necesidades reales de la gente. Antes de tomar decisiones la gente debe ser escuchada, pero impera una lógica en la que los funcionarios y funcionarias son quienes deciden. Hay que romper con eso para democratizar el

Estado, lo cual representa una reconstrucción de todo, tiene que haber una reestructuración institucional, replantada a partir de una visión verdaderamente democrática. Cuya prioridad sea garantizar la calidad de vida desde una atención integral, donde cada institución entienda su rol relacionada a otras instituciones. No se trata de terminar el tratamiento con el o la paciente y luego despacharlo, sin darle importancia, por ejemplo, a dónde va a ir ese(a) paciente, en qué condiciones vive, se le dice que tiene que lavarse la herida con agua hervida sin saber si esa persona tiene acceso a agua potable, sin comprometerse como funcionario(a) de una institución del Estado, por ende, la posibilidad del derecho a la calidad de vida termina completamente fragmentado. Por eso planteamos la transectorialidad institucional como garantía de la integralidad del derecho.

Por otro lado tenemos el tema del ambiente social y cómo hacer para sostener, a partir del mismo, una perspectiva de calidad de vida, esto está relacionado a la organización de los espacios. La contaminación constituye una violación al derecho a la salud, la iluminación deficiente, la falta de seguridad.

Finalmente tenemos la dimensión subjetiva de la calidad de vida, la cual es sumamente importante. Estar bien no significa sentirse bien y viceversa. Puedo sentirme bien pero tener un problema grave que todavía no afecta mi calidad de vida, pero la afectará en el futuro, así como puedo estar completamente sano y sentirme mal. Muchas veces la sensación de sentirse mal tiene que ver con la subjetividad, de ahí la necesidad de construir imaginarios sociales afirmativos.

Tenemos que replantear el cumplimiento de las necesidades sociales como una forma de representar al sujeto, no podemos plantear soluciones a las necesidades sociales en salud como propuestas de tratamiento a la enfermedad, sino como planteamientos donde entran las condiciones de vida y los derechos interdependientes: esparcimiento, educación, vivienda y hábitat, etc. De ahí se desprende el bienestar social. Los derechos que se dan en los diferentes marcos cuando los sumamos nos dan las condiciones para materializar el derecho a la salud como derecho a la vida.

Solemos hablar de la vida desde la perspectiva de concepción, nacimiento y muerte, pero dónde dejamos la buena calidad de vida, lo cual podría repercutir incluso en la buena calidad de la muerte. Una vez entré a una iglesia en Quito y encontré a un Cristo conocido como Nuestro Señor de la Buena Muerte. ¿Cuál es la buena muerte? ¿La muerte que viene de golpe? ¿Morir como si te hubiesen desconectado? La buena muerte es aquella que me permite hacer un balance de mi vida, despedirme de mi vida estableciendo una paz de espíritu para esa nueva

etapa. Eso me hizo pensar que ahí está el tema de la buena muerte como parte de la calidad de vida y para que eso se cumpla la gente debe contar con un conjunto de garantías, como por ejemplo la posibilidad de mantener sus facultades mentales hasta el final.

Qué implican la universalidad e integralidad del derecho, además de ser para todos y todas implica de ser justos y poder ayudar a aquellos que se encuentran más alejados de la posibilidad del derecho con más fuerza. ¿Cuántas personas cuentan con una vivienda adecuada? No es la mayoría, pero más aún, hay un conjunto de gente que vive en condiciones peores que otras, por lo tanto frente a ese derecho a la vivienda hay distancias, por ende una política pública que pretenda materializar el derecho a la vivienda como componente del derecho a la vida y el derecho a la salud tendría que ver quiénes son las personas que están más distantes de la posibilidad del derecho para generar mecanismos que disminuyan la diferencia de oportunidades. La idea es que mejoren todos y todas, pero que al mismo tiempo disminuya la distancia entre quienes están en mejores y peores condiciones. Eso sería desarrollar una política pública con una visión de equidad.

Lo anterior puede tener muchas implicaciones tales como la política tributaria, la carga de impuestos o que los grupos sociales que están más vulnerables frente a la condición de vivienda puedan tener acceso a material de construcción o acceso a la tierra, ofrecérseles condiciones favorables que permitan superar esa vulnerabilidad. Esa es una manera de trabajar el tema de la equidad.

Lo mismo sucede con el tema de la salud individual. Por ejemplo, con las personas que padezcan de determinada incapacidad, es preciso crear mecanismos que disminuyan las diferencias de oportunidades y acceso a este grupo de personas con el fin de que ellos tengan más autonomía. Eso a veces significa medidas compensatorias de tipo universal, como la remodelación de políticas públicas readaptadas a disminuir esas brechas de acceso y oportunidad.

Desde el momento en que nos plantamos una visión orientada a la justicia social comenzamos no solamente a cumplir con el derecho para todos y todas, sino que comenzamos también a verificar quiénes son los que más necesitan, ahí entra en acción la dimensión de equidad del derecho. Si los derechos son universales entonces todos y todas deben tener acceso a ellos, pero dentro de eso deben darse las condiciones para que aquellos/as que más necesitan tengan más oportunidad, puedan realmente acceder, porque en general quienes más necesitan tienen más dificultades de acceso. Aunque tengamos políticas públicas que

pretendan ser universales quienes están más frágiles, más desorganizados, padeciendo carencias de todo tipo, muchas debilidades no llegan a materializar el acceso, por lo tanto deben crearse mecanismos adecuados y eficientes de organización de las políticas.

Con todo esto deseamos romper una lógica que quedó asentada muy fuerte en las instituciones y en la cabeza de la gente, de la misma academia, consistente en esa aceptación de que lo que define la materialidad del derecho es el modelo de la atención guiado por el tema financiero. Se implementó aquello de «nos gustaría mucho atenderlo, pero no tenemos recursos». El rol de los sectores populares es generar presión para verse beneficiados por esos recursos.

Puede haber muchos recursos, pero la pregunta es si están adecuadamente orientados. Actualmente como hay mucha presión de tratamiento en salud se compran muchos servicios directamente al sector privado. Se trata de una solución, pero la misma, a la larga, no garantiza el derecho, porque sigue la lógica inscrita en la perspectiva de un modelo de salud centrado en la atención financiera. No se hace una lectura estructural de las necesidades y así seguimos una lógica de que el sector público para proveerse realiza compras al sector privado, al precio del mercado, sin generar poder público. El aspecto positivo de esto es que se busca una solución pero no se garantiza el derecho, pues se sigue la lógica de un modelo de atención centrado en lo financiero. No hay una lectura estructural de las necesidades. Se compra al precio del mercado sin generar poder público. Hoy en día el sector empresarial del sector salud en Venezuela está contentísimo, pues nunca había ganado tanto dinero.

La meta es —partiendo del imperativo de las necesidades sociales— erigir un modelo de atención que verdaderamente genere equidad y eso implica una nueva institucionalidad en salud relacionada a la materialidad de los derechos, lo cual permitiría tender el puente hacia la organización en salud que tenga como elemento ordenador el interés público. Podemos hacer compras al sector privado, pero según reglas públicas, según precios públicos, con transparencia y control social, si no ese intercambio se transforma en otra cosa.

Lo que deseo es dejar claro es que para cumplir con el derecho debe tomarse como elemento clave el imperativo de responder a las necesidades sociales, partiendo de una opción moral y ética, tomando en cuenta que quienes más necesitan obtengan una respuesta más fuerte que los rescate de su condición de vulnerabilidad.

Todo esto implica una visión desde la equidad. Debemos comprender que equidad no es igualdad, la equidad se basa en un principio de justicia. La igualdad

significa dar la misma cantidad a cada uno: comida, dinero, servicios, etc., pero si yo tengo a una mujer embarazada que necesita mayor aporte nutricional y lo que yo distribuyo es suficiente para otra persona, pero no para ella, ese trato igualitario implica en su caso una inequidad porque su necesidad es diferente y esa diferencia no se está tomando en cuenta. Podemos decir que frente al derecho, todos y todas somos iguales, por un principio de universalidad, pero para que una persona pueda disfrutar de ese derecho en esa condición de igualdad deben tomarse cuenta las inequidades dentro de la dinámica social, por lo tanto la equidad representa una forma superior de justicia tomando en cuenta las diferencias y particularidades. Esto califica el concepto de derecho universal y establece un principio de justicia.

En contraparte la inequidad está conformada por diferencias inaceptables. ¿Por qué un trabajador informal muere diez años más temprano que un trabajador formal? Esto sería solucionable si concibiéramos la idea del contrato social desde la idea de proteger a quienes se encuentran en condiciones más frágiles y tratemos de mejorar dichas condiciones, de eso se trata el enfoque basado en la equidad. Por ende los modelos democráticos deben generar justicia social, de lo contrario no son democráticos. La efectividad de la democracia no debería medirse simplemente en si la gente va a votar o no, sino en si la misma genera justicia social.

Las inequidades e injusticias se reproducen socialmente, esto es importante entenderlo porque la lucha por el derecho no es una cosa llana, sino que debe tener el relieve y las formas a través de las cuales el derecho debe materializarse. Debemos tener claras las formas en las que el derecho está amenazado para poder responder a ellas. Las condiciones sociales se reproducen, respecto a Venezuela puede decirse que presenta un contexto social muy difícil, hay mucha gente que todavía no tiene sus derechos garantizados, todavía subsiste el problema de la inequidad social, unos todavía tienen más acceso que otros. Esto no difiere de la realidad latinoamericana a nivel general, pero en esta dimensión de la sociedad hay algo muy particular en Venezuela: el contexto político. Hay un proceso político con contradicciones, con muchas cosas por definir, que está generando movilización social.

Cuando la gente me pregunta: «¿Qué pasa en Venezuela?» Yo respondo que Venezuela es el único país del continente donde las masas pobres participan de la política. Por lo general en los demás países esas masas no participan, eso define lo que sucede en el contexto político, no las votaciones. Muchas veces la gente ni

siquiera va a votar porque dicen «¿para qué?», es decir, la misma dinámica de la sociedad política no encuentra salida ¿a qué conlleva eso? a que los espacios del Estado comienzan a ser suplantados por otras formas.

La integración en Venezuela de masas populares en la política significa un influjo que hace que esta realidad social sea demandable para con ellos, lo cual me parece algo extraordinario. Yo diría que en Venezuela la dinámica social y popular es mucho más potente que el Estado, más bien este último no logra asumir otra institucionalidad. Si queremos saber lo que realmente pasa en la sociedad venezolana tenemos que escuchar a la comunidad y ver cómo las políticas del Estado van siendo incorporadas, transformadas, dinamizadas, pese a todas las contradicciones que eso genere, pero es que todo proceso de cambio tiene muchas contradicciones, esto tenemos que saber enfrentarlo.

La dinámica social establece formas de estratificación social que se materializan en la posición social de los individuos. La materialización del derecho a la calidad de vida y a la salud se da a partir de una estratificación social, porque ahí se suman las condiciones varias de nuestra vida: capacidad económica, patrimonio educativo, condiciones de vivienda y hábitat, etc. Esa condición social define un conjunto de variables a las que las personas están expuestas, esas variables son condiciones de vida que a la vez materializan la condición social. Por lo general, el estrato social más numeroso cuenta con peores condiciones de vivienda, de empleo, ambientales, de educación, de salud, de acceso, etc.

Cuando logramos influenciar esta estratificación e incidimos en mejoras en la condición social se dan los cambios, pero estos cambios de estratificación social son muy difíciles de lograr directamente, por eso hay otras formas como disminuir la exposición social. Cuando yo tengo una política muy fuerte de vivienda y logro que la gente tenga acceso a viviendas de buena calidad, la exposición social que significaba habitar en viviendas de baja calidad, con todas sus implicaciones, cambia, y por lo tanto se ve disminuida. Esto se refleja, por ejemplo, en una disminución de enfermedades y daños en las personas, pero si no logro llegar a todas las personas que habitan en viviendas de baja calidad, me resta intervenir para que de alguna forma esas personas que continúan habitando en esas viviendas vean disminuido el riesgo de contraer enfermedades, pero son pocos los esfuerzos que puedo hacer para ayudar a las personas que padecen de infecciones respiratorias y viven en casas precarias. Sin embargo, puedo establecer un conjunto de procesos centrados en apoyo a los servicios de salud, en orientación, de

cambio en la materia energética que utilizan para cocinar, es decir, puedo tomar una serie de medidas que no cambian la exposición específica de la vivienda, pero evita la enfermedad.

A las personas que ya están enfermas se les puede ofrecer tratamiento adecuado para que esa enfermedad no se prolongue para siempre, se agraven o queden incapacitadas para garantizar su supervivencia económica.

Las equidades e inequidades, frente a estas condiciones, determinan la situación de los individuos dentro del marco de la sociedad, por lo tanto si nosotros trabajamos desde una perspectiva de derechos pro-equidad, deberíamos mirar cómo en el caso particular de la salud y de la calidad de vida pueden articularse intervenciones en las políticas públicas. Así como acciones que permitan disminuir la diferencia de oportunidades.

Creo que algo absolutamente fundamental desde la mirada del derecho es que tengamos la oportunidad de aplicar el derecho desde la universalidad, la integralidad, la equidad, en todas las dimensiones de la acción social y de la acción política que puedan producir calidad de vida. El derecho sólo tiene sentido si como opción moral y ética se materializa en la misma gente y con eso cambia su calidad de vida de forma concreta. Por eso debemos trabajar desde esta perspectiva.



## Taller I LA SALUD COMO DERECHO HUMANO



Facilitadoras  
**Maureen Riveros**  
**Isamar Escalona**

### OBJETIVOS DEL TALLER

- Comprender la salud como derecho humano
- Aproximarse al contenido del derecho humano a la salud
- Comprender la relación entre las obligaciones a cargo del Estado y las violaciones del derecho humano a la salud
- Identificar los órganos y entes responsables de respetar, proteger y satisfacer el derecho a la salud
- Identificar estrategias de exigibilidad del derecho a la salud

### CONTENIDOS

1. Características y Principios del derecho humano a la salud

#### Características

- Universal
- Interdependiente e indivisible

- Individual y social
- Irrenunciable

#### Principios

- No discriminación
- Equidad
- Progresividad
- Irreversibilidad
- Gratuidad
- Participación

## 2. Componentes del Derecho Humano a la Salud

**Disponibilidad** (de bienes, servicios y establecimientos de salud)

### **Accesibilidad**

- No discriminación
- Accesibilidad física
- Asequibilidad
- Acceso a la información

### **Aceptabilidad**

### **Calidad**

## 3. Obligaciones de los Estados (Art. 2 del PIDESC)

- La obligación de **respetar** prohíbe la contravención intencional de provisiones del PIDESC.
- La obligación de **proteger** exige del Estado Parte protección en el disfrute del derecho frente a violaciones de terceros.
- La obligación de **cumplir** exige del Estado la adopción de medidas (legislativas, financieras, judiciales, sociales, educativas) para el reconocimiento, protección y garantía del derecho

### Obligación de respeto

- Abstenerse de denegar o limitar acceso a los bienes, servicios y establecimientos de salud a todos y todas y, en especial perjuicio contra grupos más vulnerables
- Abstenerse de aplicar prácticas discriminatorias frente a las necesidades de determinados grupos y sectores
- Abstenerse de prohibir cuidados preventivos en salud u otros servicios básicos sanitarios, incluidos también prácticas tradicionales que, conlleve un riesgo innecesario a la salud de la población y en especial a los grupos más vulnerables.
- Abstenerse de retener información vital para la protección y tratamiento de la salud
- Abstenerse de obstaculizar la participación comunitaria en cuestiones de la salud
- Abstenerse de adoptar leyes y políticas contrarias a la salud sexual y reproductiva
- Abstenerse de promover sustancias peligrosas para la salud
- Abstenerse de distribuir en forma inapropiada los recursos en salud

### Obligaciones de Protección

- Adoptar leyes u otras medidas (administrativas o judiciales) necesarias para proteger a las personas frente la acción de terceros que pretendan la privatización de los bienes y servicios públicos de salud
- Controlar la comercialización de los medicamentos, insumos y equipos de salud por parte de terceros
- Adoptar medidas para buscar reducir la producción, comercialización y consumo de sustancias peligrosas para la salud
- Asegurar que los profesionales y técnicos de la salud cumplan con los requisitos de educación, deontología y experiencia acorde con los cargos desempeñados

- Adoptar medidas de protección a la mujer contra la violencia
- Desarrollar leyes para la protección de la población contra la exposición de sustancias tóxicas producidas por empresas nacionales e internacionales

#### Obligaciones de Cumplir

- Reconocimiento y desarrollo del derecho a la salud (en todos sus componentes) en el plano legal, político y judicial
- Garantizar el acceso a planes y servicios de salud básicos (inmunizaciones y los factores determinantes de la salud)
- Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima nutritiva, adecuada y segura
- Incluir en los servicios públicos la salud sexual y reproductiva
- Asegurar una formación integral y apropiada de los profesionales y técnicos de la salud
- Facilitar la distribución de medicamentos esenciales
- Impartir educación en salud y derechos humanos
- Fomentar la investigación científica
- Prever, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas
- Asegurar una inversión pública en salud que sea suficiente, con distribución equitativa de los recursos

#### Obligaciones Básicas

- Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud con base en los principios de no discriminación y equidad
- Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura
- Garantizar el acceso a un hogar, vivienda y condiciones sanitarias básicas
- Facilitar medicamentos esenciales

- Velar por una distribución equitativa de las instalaciones, bienes y servicios de salud
- Adoptar una estrategia y plan de acción nacionales que responda frente a las necesidades de salud de la población

#### Formas de Violación del Derecho Humano a la Salud

- Violación de las obligaciones de respeto al derecho a la salud
- Violación de las obligaciones de protección del derecho
- Violación de las obligaciones básicas de satisfacción del derecho

### **METODOLOGÍA**

- Lluvia de ideas y elaboración colectiva de un mapa conceptual sobre el derecho humano a la salud
- Exposición sobre el contenido del derecho a la salud, según la OG 14 del Comité de DESC
- Trabajo en cuatro grupos, cada grupo trabaja un componente: Identificación de situaciones que afectan a los/as participantes relacionadas con: disponibilidad, accesibilidad, adecuación y calidad de los servicios de salud.
- Compartir en plenaria.
- Cierre de facilitadores/as
- Evaluación y cierre

## El Derecho Humano a la salud: Visión interdependiente

Oscar Parra (CIDH-Colombia)

*«Según el principio de indivisibilidad de los derechos no se puede mejorar uno de los derechos a expensa de otros»*

Natalia Paredes (Cinep-Colombia)

*«El mundo está enfermo de desigualdad más que de cualquier otra cosa»*

## Panel: Derecho a la salud y otros derechos relacionados

María Silvia Emanuelli,

Coalición Internacional para el Hábitat, Oficina Regional para América Latina (HIC-México)

*«Efectivamente los derechos sociales nos permiten ser libres y desde esa situación de libertad poder desarrollar nuestros planes de vida»*

Ana Barrios

Programa Venezolano de Educación- Acción en Derechos Humanos (Provea-Venezuela)

*«Si dejamos de alimentarnos en el momento clave de nuestra vida y por un tiempo prolongado vamos a tener secuelas que nos impedirán disfrutar de una vida digna»*

Francisco González (UCLA-Venezuela)

*«El objeto fundamental del trabajo en la sociedad capitalista es la generación de ganancia por parte del dueño de los medios de producción»*

## El Derecho Humano a la salud: Visión interdependiente



**Oscar Parra** (CIDH-Colombia)

Para abrir una discusión de interdependencia de derechos quisiera referirme a dos casos y a las experiencias a nivel de jurisprudencia y decisiones judiciales.

El primero es un caso de la Corte Constitucional de Sudáfrica. Me parece muy importante que tengamos presente, para esta discusión de interdependencia y realización del derecho a la salud, las experiencias a nivel de jurisprudencia y decisiones judiciales.

Quisiera referirme también a los retos que han enfrentado tribunales constitucionales y tribunales judiciales en países con problemas similares en la distribución de recursos al igual que países como los de América Latina. Particularmente países como Colombia, Sudáfrica e India.

Es importante tener presente esas experiencias porque cuando tratamos de buscar ejemplos tendemos a pensar que en los países más desarrollados es donde van a encontrarse las mejores condiciones, pero en estos temas es importante tomar en cuenta las prácticas de países con problemas de inequidad y distribución de riqueza.

El caso de Sudáfrica es el caso de Soobramoney vs. el Ministerio de Salud (1997)<sup>1</sup>. Este es el caso de un enfermo renal terminal quien solicitó un amparo ante las instancias judiciales de Sudáfrica y ese amparo llegó ante el Tribunal Constitucional de ese país. Esta persona necesitaba un tratamiento específico para su problema renal terminal. ¿Cuál era el problema jurídico que analizaba el Tribunal Constitucional de Sudáfrica? Que si se le concedía la protección a esta persona necesariamente había que restringir la protección de treinta o cuarenta pacientes

terminales en la zona donde habitaba el demandante. Lo que tenía que decidir la Corte Constitucional de Sudáfrica era cuáles eran los efectos de concederle el amparo a este enfermo renal terminal, sabiendo que de concederse se iba a afectar el tratamiento de los otros pacientes.

El otro caso fue desarrollado en la sentencia SU819 de 1999 en Colombia. Es el caso de una niña que necesitaba de un trasplante de médula espinal el cual no se podía desarrollar en Colombia, el único procedimiento adecuado para el caso podía llevarse a cabo en Estados Unidos. En el caso específico de esa niña el tratamiento podía costar aproximadamente 2 mil millones de pesos al año. El padre de la niña era una persona que ganaba aproximadamente 5 mil dólares mensuales, es decir, tenía recursos económicos, pero no los suficientes para costear el tratamiento de su hija. En ese caso, si se concedía ese amparo, era necesario recortar la cobertura en promoción y prevención para un conjunto importante de menores de edad.

Estos dos fallos han enfrentado ciertas lecturas de lo que debe ser la intervención judicial frente al derecho, teniendo en cuenta los intereses en juego. Se parte del hecho de que los jueces no podían entrar a remediar la situación estructural, obviamente tenemos que partir del hecho de que los jueces van a enfrentar casos concretos frente a los cuales no pueden irrumpir en competencias del poder legislativo y el poder ejecutivo, ellos tienen que resolver casos.

Particularmente el caso sudafricano ha generado importantes discusiones en materia de derecho internacional. Es un caso que se ha analizado en Estados Unidos y en Europa, porque la decisión de la Corte Constitucional de Sudáfrica fue dejar morir al paciente y esa Corte está considerada como una de las más garantistas del mundo. En ese caso la Corte desarrolló un análisis de la política pública en donde aducía que la falta de recursos en ese caso obligaba a tomar decisiones prácticas. Este es un tipo de estándar de decisión judicial no acorde con el principio de interdependencia.

En el caso colombiano la decisión de la Corte Constitucional fue conceder el amparo y redistribuir la carga correspondiente entre la familia, entre el Estado y el sector privado involucrado a través de las instituciones prestadoras de salud, con un mecanismo técnico que sensibilizaba la necesidad de armonizar toda una serie de intereses sociales en forma integral e interdependiente.

Por eso el punto de partida de mi presentación es señalar lo que ya hemos venido reflexionando sobre el tema de la interdependencia, la indivisibilidad y la universalidad, pero quisiera precisar que el desarrollo de esta exposición sobre

indivisibilidad e interdependencia hace alusión a que según el principio de indivisibilidad de los derechos no se puede mejorar uno de los derechos a expensa de otros y en esos casos judiciales ocurrió un poco eso, los debates versaban sobre el sacrificio de unos derechos en pro de la realización de otros. Eso no es posible si se quiere respetar el principio de indivisibilidad.

En cuanto al principio de interdependencia tenemos que la mejora de cualquier derecho humano depende de la mejora de todos, o al menos de algunos, de los derechos relevantes. Por eso si no existían políticas públicas que cumplieran con los parámetros y respetaran los estándares del derecho a la salud era muy difícil que se acatará una decisión cumpliendo con los estándares de interdependencia. Ese era uno de los elementos centrales en la discusión del caso sudafricano. Los jueces autorestringieron su papel frente al caso concreto desconociendo el estándar de interdependencia.

Para poder reconocer en forma vigorosa esa interdependencia de los derechos sociales es necesario superar las diferencias que se han planteado entre derechos civiles y políticos (DCP) por un lado y los DESC por el otro. Tanto los DCP como los DESC generan obligaciones prestacionales, pero también obligaciones de abstención o respeto en cabeza de los Estados. Vamos a analizar casos de interdependencia que tratan de reflejar ese tipo de obligaciones.

Quisiera resaltar la importancia de reivindicar el derecho a la salud a través de los DCP, se puede hacer una lectura de elementos específicos del derecho a la salud desde una lectura de los DCP.

Existe un caso de la Corte Interamericana que si bien no está relacionado con el derecho a la salud tiene un patrón de interdependencia que posteriormente fue aplicado en otros casos. El caso de los niños y niñas de la calle contra Guatemala Villagrán Morales y otros (1999) se relacionaba con niños y niñas indigentes objeto de limpieza social en el Estado guatemalteco. La Corte Interamericana en ese caso señaló que el derecho a la vida no se violaba solamente por la ejecución extrajudicial de esos niños y niñas que vivían en la calle, sino también porque no contaban con las condiciones que les garantizaran una vida digna. Por eso en ese caso se estableció una violación del derecho a la vida, tanto por la situación de indigencia como por la ejecución extrajudicial de la cual fueron objeto esos niños y niñas.

A partir de ese caso ese criterio se fue extendiendo esa interdependencia a otros casos aplicados en un entorno más relacionados con el derecho a la salud. Se destaca al respecto el caso del Instituto de Reeduación del Menor contra Paraguay

(2004). Un correccional de jóvenes infractores que vivían en situación totalmente deplorable, de hacinamiento, inexistencia de educación, salud, etc. El estándar de interdependencia que estableció la Corte Interamericana en ese caso fue:

Un Estado tiene, respecto de niños y niñas privados de libertad y, por lo tanto, bajo su custodia, la obligación de proveerlos de asistencia de salud y de educación, para así asegurarse de que la detención a la que los niños y niñas están sujetos no destruirá sus proyectos de vida.

No es suficiente con que el niño o la niña tenga educación, sino que también debe tener salud para desarrollar sus capacidades en el ámbito educativo y más aún cuando se encuentra en una situación particular de vulnerabilidad.

Finalmente en estas aproximaciones de la Corte Interamericana y el derecho a la salud, quería destacar los recientes casos de medidas provisionales, las cuales son una especie de medidas urgentes, no son decisiones propiamente sobre la controversia que llega en torno a estos casos, sino que son medidas urgentes a través de las cuales la Corte Interamericana intenta salvaguardar el objeto frente al cual va a tomar una decisión posterior. Hay una serie de casos recientes, sobre personas privadas de la libertad, donde la aproximación de interdependencia implica entender que las condiciones extremas de insalubridad en las cárceles son agente causal de situaciones de violencia carcelaria que a la postre generan muchos de los motines, asesinatos y desórdenes en la vida carcelaria.

En el caso Febem contra Brasil (2004) por más de cinco años, también con menores infractores, se venía presentando una situación de condiciones de insalubridad extrema. La Corte Interamericana, que en principio no tiene competencia para judicializar el derecho a la salud, decidió analizar las violaciones de derecho a la vida y derecho a la integridad personal, torturas, etc., con una lectura integral que le permitiera analizar el papel del derecho a la salud en ese caso.

Donde esto adquiere mayor proyección en el ámbito de medidas provisionales es en el caso de la Pica y el Complejo Penitenciario de Yare contra Venezuela (2006). Son situaciones de violencia carcelaria extrema, en las cuales la Corte Interamericana está tratando no solamente de dilucidar qué sucede con las ejecuciones de internos, sino analizar el papel que juega la garantía del derecho a la salud en estos centros de reclusión para que no exista violencia carcelaria y, por consiguiente, no continúen presentándose este tipo de casos extremos. Ambas son cárceles en donde hubo entre treinta y cuarenta muertos en un solo año.

Los estándares de interdependencia se dan porque los órganos internacionales tienen muy poca competencia para dirimir sobre casos judiciales directamente sobre derecho a la salud. Son instancias internacionales que dirimen sobre los casos clásicos de DCP y tienen dificultades de competencia para analizar casos sobre derecho a la salud. Lo que han hecho es que en circunstancias de violación del derecho a la vida o a la integridad personal, a través de medidas cautelares y provisionales, han realizado el análisis del derecho a la salud.

Pasaré entonces a revisar algunos precedentes judiciales de la Corte Constitucional colombiana, centrándome en los referentes más importantes. Uno de los criterios más importantes a través del cual la Corte Constitucional colombiana ha realizado el principio de interdependencia es la idea de la conexidad entre el derecho a la salud y derechos tales como al debido proceso, a la autonomía personal y a la integridad personal.

Han existido casos donde se ha establecido conexidad entre el derecho a la salud y el derecho a la vida por la negación de diagnósticos necesarios para determinar la gravedad de o no de ciertos padecimientos. También hay casos donde el criterio de conexidad entre el derecho a la salud, el derecho a la vida y el derecho a la integridad personal, ha exigido inaplicar incluso normatividad interna, normatividad del Estado colombiano para realizar postulados constitucionales o postulados de derecho internacional. Ese es uno de los usos más importantes que se le ha dado a la interdependencia a través del criterio de conexidad en el caso colombiano. Frente a prestaciones médicas que no estaban incluidas en el Plan Obligatorio de Salud se decidió inaplicar, en los casos concretos, con circunstancias muy razonadas con el fin de realizar postulados constitucionales.

Es fundamental en el concepto de interdependencia señalar la importancia de la relación entre el derecho a la salud y al debido proceso e incluso al respeto de cláusulas contractuales del derecho privado en el marco de la prestación de servicios.

Partimos del hecho de que la salud es un derecho, ahora bien, los servicios que prestan los centros hospitalarios y el papel del personal de la salud también presentan obligaciones exclusivas que en ocasiones constituyen violaciones al debido proceso. Este es un ámbito donde la Corte Constitucional colombiana también ha aplicado el criterio de conexidad.

Otro de los grandes casos de interdependencia en el caso colombiano es el manejo de la información sobre la salud. Este es un punto importantísimo porque

fueron casos relacionados con el litigio, partiendo de cómo se recogía la información que permitía distribuir los beneficios sociales de salud. En Colombia hubo un litigio de caso donde el SISBEN, el sistema que organiza la distribución de beneficios sociales, no contemplaba en la forma de recolección de datos sobre vulnerabilidad una serie de condiciones necesarias acerca de las personas para el acceso, como por ejemplo el estado de embarazo o circunstancias de debilidad manifiesta de las que adolecían personas de los sectores más pobres. Fueron casos cuya justiciabilidad se admitió para que SISBEN reorganizara el diseño de las encuestas que utilizaba para redistribuir los beneficios sociales correspondientes.

Otro caso muy importante en este ámbito era el deber que tenían las autoridades públicas de comunicar los cambios en el manejo de información y la realización de estas encuestas para la distribución de beneficios sociales. Este es un caso de interdependencia del derecho a la salud con el derecho a la información pública sobre la salud. Si por ejemplo, hay un programa que se está implementando y la gente que más lo necesita no tiene la información sobre cómo acceder o qué mecanismos pueden garantizar la mayor cobertura de estos programas, es posible litigar esos casos judicialmente mediante la vía de la interdependencia y la conexidad entre el derecho a la salud y el derecho a la información.

Uno de los casos de interdependencia más importantes es la relación entre el derecho a la salud y el principio de no discriminación, ese es un principio general de todos los derechos humanos, es importante establecer cuáles son las discriminaciones específicas frente a ciertos sectores vulnerables de la población. Por ejemplo, casos particulares de relación entre derecho a la salud y el derecho a la igualdad en lo que concierne a personas con discapacidad. La accesibilidad física es una condición de posibilidad para el acceso real a la salud de las personas en situación de discapacidad.

Hay un caso muy interesante que resolvió la Corte Constitucional colombiana cuando se interpuso un amparo para que a un familiar de una persona con discapacidad le financiaran la posibilidad de acompañar a esa persona que debía desplazarse en silla de ruedas para acceder a un hospital donde iba a recibir la atención en salud. Este componente de exigibilidad física, pero también de acompañamiento, daba la posibilidad de realizar el derecho a la igualdad de trato que necesitaba una persona con discapacidad en cuanto el acceso a la salud.

Hay otros casos más claros en cuanto a personas con VIH-SIDA. Cuando se niegan una serie de medicamentos, como por ejemplo los antirretrovirales, en

relación al costo que tienen, así como el examen de carga viral, el cual es un examen de diagnóstico muy costoso y muchas veces se considera que no se trata de una prestación médica similar a lo que implica, por ejemplo, la administración de una droga determinada. Esos son estándares de discriminación contra personas que conviven con el VIH-SIDA. Por eso el litigio de casos en Colombia sobre el suministro de la carga viral, examen que sirve para determinar y diagnosticar un tratamiento, pudieron ser desarrollados vía interdependencia entre la salud y la igualdad.

Otro tema es el derecho a conocer las razones por las cuales los procedimientos de exámenes y tratamientos no se encuentran incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud. Se trataba de verificar judicialmente la interdependencia entre el derecho a la salud y el acceso a la información. Forma parte del derecho a la salud el conocer por qué la política pública se genera de una manera y no de otra, por qué se incluyen ciertas prestaciones médicas y no otras, por qué se incluyen ciertos tratamientos y no otros. Las razones que explican esas exclusiones o inclusiones si no se entregan a los ciudadanos son exigibles judicialmente a través de la interdependencia.

Intento relacionar la interdependencia con los cuatro elementos esenciales del derecho a la salud: disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad. Lo que estamos viendo son casos de interdependencia que se aplican a la disponibilidad, acceso y aceptabilidad. Uno de los estándares interesantes de interdependencia y aceptabilidad se relaciona con el derecho a la confidencialidad de los datos relativos a la salud, eso implica, por ejemplo, la confidencialidad de las historias clínicas, pero una de las mayores proyecciones de la interdependencia en este ámbito se relaciona con el llamado principio de consentimiento informado dentro de la relación que se da entre el médico y el paciente. Esa es una proyección de la interdependencia entre la autonomía, los pacientes y el derecho a la salud. Este estándar se relaciona con una serie de casos exigibles judicialmente en Colombia donde en algunas ocasiones había confrontación entre el médico y el paciente sobre el tratamiento a seguir, muchas veces relacionados con conflictos de trato personal entre ambas partes. En una ocasión un paciente solicitó que su tratamiento frente a problemas renales fuera ambulatorio y no tuviera que desplazarse dos o tres veces por semana al hospital. Se comprobó judicialmente que la mala relación entre el paciente y el doctor había incidido en que este último prefiriera un tratamiento más hostigante contra el paciente. La Corte argumentó que debía prevalecer el consentimiento informado, es decir, el consentimiento que parte del paciente cuando ya es informado sobre la naturaleza y las condiciones del

tratamiento que debe recibir; en algunos casos ese consentimiento prevalece incluso sobre decisiones de un médico tratante.

Tenemos los estándares de autodeterminación reproductiva, el cual forma parte de los derechos sexuales y reproductivos, esa es otra proyección de la interdependencia y la aceptabilidad en salud. Respecto a este ámbito existen diversos casos judiciales en Colombia sobre la prohibición de intervenciones quirúrgicas o definitivas en relación con la sexualidad de las personas para salvaguardar la autonomía y el principio de libre desarrollo de la personalidad en conexidad con el derecho a la salud, por eso son casos de interdependencia, particularmente en el caso de personas con discapacidad y en particular de las mujeres con discapacidad mental, quienes muchas veces son objeto de procedimientos quirúrgicos de esterilización. Son casos donde fue necesario reivindicar judicialmente la interdependencia entre la salud y la autonomía personal.

Quisiera finalizar esta aproximación señalando que los ejes del amparo judicial de la interdependencia, en el marco de la Corte Interamericana, se relacionan con la idea del proyecto de vida, de armonizar las condiciones y los factores determinantes de la salud con la exigibilidad judicial de otros derechos como la vida y la integridad personal. En otros ámbitos, como el de la Corte Constitucional colombiana, el estándar de interdependencia más importante ha sido el criterio de conexidad del derecho a la salud con derechos civiles y políticos, los cuales han sido reivindicados judicialmente y han permitido la garantía y la materialidad del derecho a la salud.



**Natalia Paredes (CINEP-Colombia)**

Si nos remitimos a la historia occidental de la medicina y el desarrollo de las sociedades podemos afirmar que en la época moderna, después del período de industrialización, fue realmente cuando hubo avances en términos de biología, medicina, atención a las enfermedades y descubrimiento de vacunas. Se comenzó a entender la salud como un concepto amplio, más allá de la curación de enfermedades. Entró la educación como la posibilidad de prevenir las enfermedades más que superar dolencias y males, se desarrolló una plena conciencia de que es posible conservar la salud y que su conservación es mucho más prioritaria que su recuperación.

Al ir desarrollándose este concepto amplio se pasó a vincular la salud, y el derecho a la misma, con el bienestar, este último asociado a las condiciones de vida, sociales, ambientales y a la idea de justicia social.

Cuando hablamos de condiciones de bienestar reconocemos que la salud es la medida de bienestar de una sociedad o comunidad, y la conservación de la salud permite que las personas tengan un desarrollo pleno y productivo. En ese sentido podemos afirmar que la salud está en la base del desarrollo humano y del desarrollo de las capacidades creativas y productivas de las personas, puesto que la salud permite precisamente que la gente esté bien no sólo a nivel físico, sino a nivel mental y espiritual.

La salud está relacionada con la dignidad humana y si esta última es el fin esencial de realización de los derechos humanos, entonces la salud y el derecho a la misma son inherentes a la persona.

A pesar de tener la idea de que la salud va más allá de esa sensación que tenemos cuando nos enfermamos, realmente no hay plena conciencia de que la misma va más allá de lo referente al equilibrio y sanidad del organismo, pues tiene que ver con ese completo bienestar físico, mental y social del individuo. La salud se relaciona con las facilidades, bienes, servicios y condiciones que posibiliten su más alto nivel.

Para definir la salud estaríamos tomando en cuenta no solamente la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual la define como el derecho al completo bienestar físico, mental y social del individuo y no solamente como la ausencia de enfermedad, también estaríamos tomando en cuenta la definición de la Observación General N° 14, de Naciones Unidas. He aquí algunos de sus postulados:

1. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del **más alto nivel posible de salud** que le permita vivir dignamente.
2. El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.
3. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar *sano*. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Vemos aquí una definición integral que va más allá de los servicios, de esa atención a la que estamos acostumbrados y que nos lleva a relacionar la salud con el hospital y el médico, pero resulta que tiene que ver con facilidades y condiciones

reales de acceso no solamente para la recuperación, sino para la conservación. Tiene que ver con bienes públicos universales como el agua, los alimentos nutritivos y los bienes sanitarios.

Cuando Naciones Unidas dice «alcanzar el más alto nivel posible de salud» se refiere precisamente a esas condiciones del entorno relacionadas al país respectivo, por lo cual señala que la salud no solamente depende de los factores genéticos de cada persona o de las elecciones de estilo de vida, sino fundamentalmente de entornos que posibiliten que realmente la gente elija estilos de vida saludables o pueda recuperar contingencias propias del entorno. Si bien una sociedad y un Estado no pueden controlar todos esos aspectos genéticos propios de las personas, sí pueden generar una serie de condiciones que permitan enfrentarlos.

Cuando los derechos sociales, tales como salud, alimentación y vivienda, entre otros, no son satisfechos de manera adecuada se está causando un daño. En consecuencia, hay una violación de estos derechos y hay un responsable.

El derecho a la salud forma parte de la integridad del ser humano, por lo tanto cuando se incurre en la violación de este derecho no solamente estamos hablando de la posible pérdida de la vida, sino que puede afectarse la integridad de la persona.

El derecho a la salud, como derecho social fundamental, se ubica dentro de los derechos prestacionales, es decir, hay una obligación activa de hacer, prestar o proporcionar, por parte del Estado. No solamente estamos hablando de servicios, sino que desde una perspectiva integral estamos hablando de condiciones, bienes y servicios que permitan conservar y recuperar la salud. En este aspecto la Observación General N° 14 es muy interesante puesto que nos permite profundizar en esas condiciones

En el caso de la salud, así como en el caso de otros servicios sociales, es el Estado el único que está en capacidad real de crear la infraestructura necesaria y el desarrollo institucional para garantizar estos derechos. Los y las particulares pueden tener capacidad para construir una infraestructura hospitalaria, pero no necesariamente tienen capacidad para llevar a cabo una campaña masiva de nutrición, ni están dispuestos y dispuestas a hacerlo.

El desarrollo institucional es esencial para poder prestar, proporcionar, hacer e intervenir de manera adecuada, todo lo cual representa la responsabilidad fundamental del Estado en materia de derechos sociales. Por otro lado, el derecho a la salud, así como otros derechos sociales, es un derecho de altos costos.

La ciencia y la tecnología en salud avanzan, cada vez salen a la luz más investigaciones sobre formas de conservar y proteger la salud y el acceso a eso es costoso. Sin embargo, el tema de los costos también puede ser relativo. Si realmente una política pública busca conservar la salud no suele ser tan costoso como cuando solamente se busca recuperarla, pero además nadie está dispuesto a pagar por servicios con efectos sociales, como puede serlo una intervención en protección de la salud, por lo que el mercado ahí no funciona, es un mal asignador del derecho a la salud, por lo tanto el Estado tiene la responsabilidad fundamental de cumplir, esta responsabilidad implica la creación y el funcionamiento de instituciones públicas generadoras de condiciones, bienes y servicios para la conservación de la salud y recuperación cuando sea necesaria.

La salud es un derecho inclusivo, abarca mucho más allá de la prestación de los servicios, abarca una serie de determinantes básicos. Ahora se está manejando el concepto de determinantes sociales de la salud. Como lo define el relator especial de Naciones Unidas (Paul Hunt), en su informe del 2003:

*El derecho a la salud es un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes básicos de la salud, como el acceso al agua limpia y potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.*

En esa medida debemos reconocer que realmente esos son los aspectos determinantes para poder conservar la salud. Esto implica, por ejemplo, la posibilidad de poder elegir un trabajo seguro, no solamente la posibilidad de tener acceso a un hospital público, sino la posibilidad de no tener que trabajar en condiciones tan lamentables como lo hacen los y las niños(as) de la calle.

En ese sentido la salud no depende solamente de las elecciones libres e individuales de las personas. Actualmente existe toda una teoría dominante, por parte del sector de investigación científica, sector que está mayormente en los países desarrollados donde las personas ven afectadas su salud con enfermedades como el cáncer o enfermedades cardiovasculares relacionadas, en gran medida, a las elecciones personales. La tendencia es que si yo elijo fumar daño mi salud por lo tanto la culpa es mía, pero realmente en nuestros países % e incluso en los países desarrollados donde también hay bastantes desigualdades % el problema no es solamente de elecciones individuales: yo elijo comer mal, elijo fumar y entonces me enfermo. No, la realidad social de las personas es que no tienen libertad para

elegir qué comen o qué hábitos adquirir, puesto que son los condicionantes sociales los que determinan esa elección. Un niño o una niña de la calle termina haciendo piruetas en un semáforo porque no puede elegir libremente si quiere estudiar o no, sencillamente no tiene las condiciones sociales para hacerlo. Existe toda una discusión en torno al tema.

La ciencia médica y muchos sectores dominantes de salud suelen asignar la responsabilidad a las personas como si se tratara de un problema de elecciones, sin tomar en cuenta que fundamentalmente son los condicionantes sociales los que determinan la forma de vivir, relacionarse, trabajar y enfermar. Tres cuartas partes de la humanidad no tienen la posibilidad de elegir libremente cómo alimentarse, cómo vivir en un ambiente saludable o cómo tener un trabajo que no sea nocivo para la salud.

La salud depende de múltiples condicionantes y necesidades, la salud no la elige quien quiere sino quien puede, y la misma está determinada por aspectos económicos, sociales, culturales y políticos. Son determinantes las características del contexto social donde las personas viven y se desarrollan.

Cómo leemos la realidad: Así como hay personas que no son saludables por todos esos factores externos que le imponen unas condiciones muy difíciles que realmente determinan su estado de salud, en contraposición hay personas que pueden contar con excelentes condiciones. Es el tema del desequilibrio absoluto.

Tenemos datos como estos:

- La pobreza en el mundo impide vivir a diez millones de niños y niñas que no llegan a alcanzar los cinco años de edad.
- Diez millones de adultos no llegan a cumplir los cincuenta de años edad.
- En los países pobres más del 41% de las muertes se debe a enfermedades infecciosas y parasitarias.
- El sarampión, la diarrea, la malaria, la neumonía y la desnutrición provocan más de dos terceras partes de las muertes en menores de 5 años.
- La principal causa de enfermedad: la «pobreza extrema», se catalogó con el código Z59.5, en la clasificación internacional de enfermedades.

Vemos que la pobreza es la causante de la mayor parte de las enfermedades en el mundo, sin embargo, en la clasificación internacional de la OMS se catalogó con un código como cualquier otra enfermedad, cuando realmente es determinante

de la condición de salud a nivel mundial. El mundo está enfermo de desigualdad más que de cualquier otra cosa.

Tomar en serio el derecho a la salud implica que esas características que le dan contenido al derecho permitan planear políticas públicas a partir de ese reconocimiento. Una de esas características es la universalidad, la cual implica eliminar todas aquellas barreras económicas, sociales o culturales que afecten el disfrute, para todas las personas, de los DESC. La universalidad implica no solamente la definición de cómo se van a eliminar esas barreras, sino que realmente se difundan esos mecanismos para que la eliminación de dichas barreras sea posible, porque si bien existen muchos programas universales de acceso también es cierto que la gente los desconoce, entonces se vuelven programas reducidos, con poca cobertura, de los cuales solamente se beneficia la gente que llega tocando la puerta de la institución, pero la gente que más lo necesita no se beneficia de ellos.

Otras características son la interdependencia e indivisibilidad, lo cual en materia de políticas públicas implica acciones de carácter intersectorial y coordinación entre las instituciones estatales. ¿Cómo se relacionan las instituciones encargadas de la salud con otras instituciones encargadas, por ejemplo, de programas de seguridad alimentaria, saneamiento básico, ambiente, educación, etc.? Está demostrado que los hijos e hijas de madres sin educación tienen una mortalidad tres veces superior a los hijos e hijas de madres con educación universitaria. Es evidente que las personas que carecen de seguridad alimentaria tienen mayor riesgo de enfermar y de morir. Por otro lado es absolutamente irracional invertir en acciones de tipo curativo pudiendo invertir en acciones de tipo preventivo de manera coordinada.

Otra característica importante a tener en cuenta es la integralidad. El derecho humano a la salud, así como los otros derechos humanos, se debe garantizar integralmente y de acuerdo con las necesidades de la persona, de manera completa y suficiente. No podemos admitir que el derecho a la salud sólo se garantice en el nivel 01 de complejidad, es necesario que el mismo se garantice en todos los niveles de complejidad. Alguien podría alegar que eso es muy costoso. Eso es relativo, depende de cómo se desarrolle el sistema de salud. Este debe desarrollarse según las necesidades de personas y comunidades, compensando los costos entre los que menos necesitan y aquellos con más necesidades. No todo el mundo necesita cuarto nivel de complejidad, son pocas las personas que requieren este nivel, el cual es costoso, pero todas las personas sí requieren niveles básicos de atención, por lo tanto las personas que no requieren altos niveles de complejidad compensan los costos de quienes sí los requieren.

El Estado suele excusarse en que no hay una garantía completa e integral del derecho debido a los costos. Eso es absolutamente relativo. Los sistemas públicos y universales de salud deben garantizar todos los niveles de atención y su racionalidad institucional, es decir, la forma como asignan los recursos, depende de un diseño adecuado para que realmente haya una asignación directa a gastos en salud, una buena distribución de los recursos y así, efectivamente, el sistema permita garantizar integralmente los derechos. En cualquier caso las personas que necesitan de altos niveles de complejidad igual se verían afectadas en sus derechos y en su integridad.

Hay otra serie de características del derecho a la salud que deben ser tenidas en cuenta para la planeación de políticas públicas:

- **Carácter individual y social del derecho.** Implica acciones estatales para satisfacer ambas necesidades, tanto la necesidad de las personas como individuos, así como las necesidades a nivel comunitario.
- **Progresividad e irreversibilidad.** Implica una medición permanente del estado de salud de la población dentro de los indicadores básicos tradicionales de salud. No podemos hablar de avances por el mero hecho de crearse nuevos programas en salud. Los avances son evidentes cuando realmente disminuyen los niveles de morbilidad, se eliminan enfermedades epidémicas, se controlan pandemias, aumentan los niveles de esperanza de vida al nacer. Cuando miramos la progresividad del derecho debemos mirar el estado de salud de las personas: cómo conservan la salud, qué tanto viven, y no solamente la existencia de programas estatales para tal fin. Si bien estos programas nos dan un indicador, lo fundamental son los indicadores básicos de salud: si existe disminución de la mortalidad infantil, de la mortalidad materna, si hay realmente acceso a agua potable y a otras condiciones de vida esenciales para el cumplimiento del derecho a la salud.
- **Irrenunciabilidad.** No se puede renunciar a este derecho.
- **Igualdad de acceso** a todas las condiciones, bienes y servicios. Igualdad de acceso ante la ley para que realmente todas las personas estén en capacidad de disfrutarlo sin discriminación de índole alguna.
- **Accesibilidad.** Tiene que ver con condiciones de tiempo, lugar, de información, con condiciones económicas. Es necesario establecer condiciones favorables para que las personas puedan acceder al derecho con facilidad.

- **Gratuidad.** Está demostrado que los programas de salud sin costo para el usuario son más eficientes y efectivos que los programas privados. Esto permite asignar de manera adecuada los recursos.
- **Equidad.** De todas estas características es fundamental la equidad y lo es precisamente porque lo esencial a nivel de derechos sociales es el reconocimiento de las necesidades humanas, las cuales son diferenciadas. En la equidad el principio fundamental es el reconocimiento de las necesidades diferenciadas para planear con base a esas diferencias. La salud no se puede planear de manera homogénea o única, se debe planear de manera diferenciada de acuerdo a las regiones, a la edad, al sexo, a los niveles educativos, a los niveles de ingreso, a las condiciones de vivienda, a las condiciones de acceso a servicios, etc. Se debe planear de acuerdo a todos los factores determinantes de la salud.
- **Participación social.** Es el principio esencial al reconocimiento de la salud como derecho humano. La participación social realmente posibilita que haya sistemas garantistas del derecho a la salud, desde su diseño, pasando por su seguimiento, evaluación y sostenibilidad. Un sistema de salud integral, equitativo, público y gratuito, requiere una fuerte y calificada participación social. Un sistema que funciona y es defendido por las organizaciones y los movimientos sociales, que a la vez es criticado permanentemente, que es alimentado, del cual se apropien por las personas, requiere como elemento esencial la participación social.

## Panel: Derecho a la salud y otros derechos relacionados



**María Silvia Emanuelli (HIC-México)**

**Derecho a la salud / Derecho a la vivienda**

Quisiera comenzar hablando brevemente acerca del uso de los derechos humanos por parte de los movimientos sociales, sobre todo pensando en la situación mexicana que es la que mejor conozco. Luego hablaré acerca del derecho humano a una vivienda adecuada y el derecho al agua en relación con el derecho a la salud.

En primer lugar les quiero decir que los derechos humanos no son la solución ni la panacea a todos nuestros problemas y a todas las desigualdades que vivimos en nuestros países, pero sí son una herramienta para nuestras luchas así como para lograr un mejor bienestar, todo ello en conjunción con muchas otras estrategias.

El jueves 29 hablaré sobre el Tribunal Latinoamericano del Agua y allí presentaré un caso del movimiento social mexicano que tiene mucha fuerza en este momento, tiene sólo tres años y es un movimiento que se opone a la construcción de una presa y podremos ver cómo ellos efectivamente han utilizado estrategias de todo tipo para defenderse, desde las más tradicionales (plantones, marchas y huelgas) hasta estrategias jurídicas, porque tienen una organización que los defiende jurídicamente, y también ha entrado en juego la estrategia política sobre el uso de los derechos humanos en todos los espacios en los cuales ellos se mueven. Igualmente han utilizado los derechos humanos a nivel internacional. Entonces los derechos humanos son simplemente un elemento más de nuestra lucha, una base mínima que podemos -y tenemos que- enriquecer a nivel nacional.

Refiriéndonos al derecho humano a una vivienda adecuada quiero decirles, en primer lugar, que mi organización lo interpreta de forma amplia, creo que si le

preguntara a cada uno de ustedes qué entienden por el derecho a una vivienda adecuada considerarían que no se trata solamente de las cuatro paredes, sino que el mismo se relaciona con todo lo que está fuera de nuestra vivienda: centros de salud, centros de trabajo, centros recreativos, medio ambiente, relaciones sociales, nuestros vínculos con la zona en la cual vivimos. En nuestra organización hablamos más bien del derecho a un lugar donde vivir. Mi organización se llama Coalición Internacional para el Hábitat, porque toma en cuenta el concepto de hábitat humano el cual incluye todos esos elementos.

Naciones Unidas define el derecho a la vivienda en el Artículo 11 del PIDESC (Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales), el cual dice: «Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados». Esto quiere decir que para lograr el derecho a una vida adecuada necesitamos de una serie de otros derechos. Se ha dicho que en el citado artículo la palabra «incluso» significa «ejemplo», lo cual no implica que no haya otros derechos útiles para lograr un nivel de vida adecuado.

El derecho a la vivienda está claramente relacionado con el derecho a la alimentación, al vestido, a la salud, al agua y a una serie de otros derechos. Esta vinculación nos hace entender que si no tenemos una vivienda, si no tenemos alimentación, sólo por citar algunos ejemplos, no tendremos un nivel de vida adecuado. Detrás de este concepto yace el objetivo de lograr, a través de los derechos sociales, una sociedad más humana.

Efectivamente los derechos sociales nos permiten ser libres y desde esa situación de libertad poder desarrollar nuestros planes de vida. Esa es la filosofía subyacente detrás de los derechos sociales. Si somos libres y no tenemos que preocuparnos todos los días de ver qué vamos a comer o cómo pagamos el alquiler de nuestra vivienda entonces podremos desarrollar nuestros planes de vida.

Los derechos están relacionados con necesidades básicas. Los derechos no son un regalo del Estado. Los hemos logrado después de muchas luchas que han partido desde la Revolución Francesa -en el caso de la sociedad occidental-, han sido luchas basadas en el reconocimiento de las necesidades básicas, las cuales son distintas según las sociedades, pero en la mayoría de las ocasiones están relacionadas con lo que actualmente conocemos como los derechos sociales.

Para pasar a hablar más específicamente sobre el derecho a la vivienda podemos decir que la definición que aparece en el Artículo 11 del PIDESC es muy reducida,

en realidad no dice mucho con relación a la vivienda, por lo tanto fue necesario que el Comité DESC emitiera una observación general con relación a la vivienda, la cual sirve para abundar sobre el derecho. También deseo expresar aquí que aunque la ONU pueda ser criticable desde muchos puntos de vista, hay ciertas áreas dentro de Naciones Unidas que son más progresistas. Estas observaciones nacen de una experiencia concreta de relación de algunas de las personas que trabajan en Naciones Unidas con los movimientos sociales. Es un intento real de reflejar -aun con todas las limitaciones existentes- las problemáticas que se viven en relación a los derechos en todo el mundo, lo cual implica que por un lado las observaciones estén bastante cercanas a dichas problemáticas, pero por otro lado son también muy generales porque deben servir en todos los países con todas las diferencias existentes entre los mismos.

En la Observación General N° 4 se define el derecho a una vivienda adecuada y se dice que existen siete elementos para que esta vivienda sea adecuada:

1. **Seguridad jurídica de la tenencia.** Independientemente del tipo de servicio que tengamos (alquiler, vivienda en cooperativa, etc.) necesitamos un grado de seguridad en relación a esta tenencia que nos proteja contra los desalojos.
2. **Disponibilidad de servicios materiales, facilidades e infraestructura.** En este punto podemos ver claramente cómo se dice que la vivienda debe contar con ciertos servicios indispensables para la salud, seguridad, comodidad y nutrición, además debe tener acceso a recursos naturales y comunes tales como agua potable, energía, calefacción, alumbrado, instalaciones sanitarias y de aseo. Desde ya vemos que para que la vivienda sea adecuada necesita contar con estos servicios.
3. **Asequibilidad.** Este es un término que consideramos no está bien traducido desde el inglés, nosotros lo traducimos como «gastos adecuados al nivel de ingreso», esto quiere decir que cada uno de nosotros no debe tener que escoger entre «alquilo o compro una vivienda», debemos tener una vivienda que efectivamente sea asequible desde el punto de vista económico.
4. **Habitabilidad.** Otro elemento que nos sirve para crear la relación entre el derecho a la vivienda y el derecho a la salud, puesto que se dice que la vivienda debe ofrecer un espacio adecuado a sus ocupantes y protegerlos del frío, la humedad, el calor, la lluvia, el viento y otras amenazas para la

salud, así como también de riesgos estructurales. Se dice que a una vivienda inadecuada se asocia una tasa de mortalidad elevada. Si tenemos una vivienda construida con materiales que no nos protegen en muchas ocasiones esto implica mayor posibilidad de enfermedades.

5. **Accesibilidad** (por parte de todos los grupos sociales sin discriminación). Todos los grupos deben poder conseguir la vivienda independientemente de su situación económica, de su raza, del hecho de estar enfermos o no.
6. **Lugar adecuado.** La vivienda debe encontrarse en un lugar que permita el acceso a las opciones de empleo, los servicios de atención a la salud, los centros de atención para los niños y niñas, escuelas y otros servicios sociales. Esto implica que la vivienda no sólo se limita a las cuatros paredes, sino que también comprende todo lo que está a su alrededor y la posibilidad de ir a trabajar sin tener que ocupar tres horas de nuestro tiempo para llegar al centro de trabajo, cosa que en las grandes urbes de Latinoamérica suele suceder. Por otra parte la vivienda no debe encontrarse en lugares contaminados ni vulnerables a desastres naturales que amenacen el derecho a la salud de sus habitantes.
7. **Adecuación cultural.** Tiene que ver con la forma en la que está construida la vivienda, la cual debe estar adecuada a nuestras costumbres culturales. No todos los grupos tienen las mismas necesidades en relación a la vivienda o están acostumbrados a tener un mismo tipo de vivienda. Muchas veces los Estados cuando construyen viviendas para la población indígena no consideran estas condiciones culturales y construye esas viviendas como si se tratara de población urbana, entonces el baño se transforma automáticamente en otra cosa, no porque no usen baño sino porque éste está ubicado en un lugar que los indígenas consideran inadecuado. ¿Qué sucede con esas viviendas? Que sus ocupantes no se pueden acostumbrar a vivir en ellas debido a su estructura y la inadecuación a su cultura.

Partiendo de estos elementos podemos ver la relación entre la vivienda y la salud. Les puedo dar un ejemplo de vivienda relacionado con la violación al derecho a la salud, dicho ejemplo está plasmado en un libro titulado *Vivienda con rostro de mujer. Mujeres y derecho a una vivienda adecuada*<sup>2</sup>. Este libro recoge veinte testimonios de mujeres de América Latina -desafortunadamente no hay ningún caso venezolano- que fueron a México para participar en una consulta realizada por el actual relator (desde el año 2000) para el derecho a una vivienda adecuada, el Sr. Miloon Kothari (India), quien forma parte de nuestra Coalición y cuando

no trabaja para Naciones Unidas continúa trabajando en nuestra Coalición, desarrollando una relación muy estrecha con los grupos sociales que están luchando por el derecho a la vivienda en la India.

El Sr. Kothari organiza una serie de consultas regionales sobre todo para ver cuáles son los obstáculos de las mujeres en cuanto el acceso a la tierra y a la vivienda. Una de estas consultas se organizó en el año 2003 en México, la Oficina Regional la coordinó. Invitamos a muchas mujeres, sobre todo a líderes barriales a esta consulta.

Uno de los casos tiene que ver con una mujer argentina, madre soltera, quien durante muchos años junto a otras madres solteras habían pedido al Estado local que les diera vivienda, puesto que no contaban con las condiciones económicas para adquirir una. Luego de solicitar vivienda durante muchos años, en los años 80 lograron un lugar donde vivir. Ella cuenta que el lugar era muy alejado de la ciudad, de todos los centros de salud, era un lugar desolado, sin árboles ni zonas de re-creación. Ahí estuvieron viviendo hasta que se dieron cuenta de que se estaban comenzando a enfermar reiteradamente, sobre todo de cáncer. Insistieron mucho para saber qué estaba ocurriendo en esas viviendas y los estudios indicaron que las mismas estaban hechas con carbonilla, un material altamente cancerígeno, el cual no había sido probado anteriormente. Simplemente el Estado decidió que con eso se podía construir viviendas porque era muy barato. La señora que nos dio su testimonio dijo que ella se sentía como un conejillo de indias porque el Estado no se había preocupado de los efectos de este material; además por ser muy luchadora el Estado esperó mucho tiempo antes de darle otra vivienda, puesto que el acuerdo era que todas esas mujeres debían desistir de sus denuncias, pero en el caso de que ellas insistieran y denunciaran los daños en esa medida les harían la vida más difícil. Y así fue, sobre todo con esta mujer, quien pudo irse después de muchos años aunque su salud y la de su hija pequeña estuvieran claramente en riesgo.

Lo anterior nos hace entender cómo un material puede hacer de una vivienda un lugar insalubre. La relación entre el derecho a la vivienda y el derecho a la salud queda muy clara. Estos son los casos de las «viviendas enfermas», así se les llama. Otros casos están relacionados con viviendas muy pequeñas que se están construyendo. Alrededor de la ciudad de México hay sembradíos de viviendas espantosas, porque son todas idénticas, miden aproximadamente 35 m<sup>2</sup>, esas son las viviendas de los desarrolladores privados. El Estado mexicano ha dado mucha posibilidad a estos desarrolladores de construir esas viviendas en las cuales

viven alrededor de seis miembros de la familia, normalmente se trata de familias numerosas y los problemas a nivel de salud física y mental son muy claros, puesto que evidentemente el hacinamiento provoca un incremento de la violencia (violencia física, violencia sexual), incluso influye en el hecho de que los niños y niñas no puedan gatear, lo cual implica un problema en su desarrollo futuro. Existen estudios al respecto que demuestran cómo esas viviendas tan chicas están incidiendo negativamente sobre la salud.

Podemos decir que el actual relator de vivienda se ha ocupado mucho del problema de los desalojos y de los efectos que los mismos provocan sobre el derecho a la vivienda. La definición de los desalojos la encuentran en la Observación General N° 7, en la misma se habla de desalojos forzosos, es decir, cuando se da el caso de hacer salir personas, familias o comunidades, de sus tierras y viviendas de forma permanente o provisional, sin ofrecerles medios apropiados de protección legal o de otra índole y permitirles el acceso a los mismos.

Cuando leemos la Observación General N° 7 podemos ver que el desalojo forzoso constituye de por sí una violación al derecho humano a la vivienda. Existen diversos estudios acerca de los impactos de los desalojos sobre la salud de las personas. Por un lado muchas veces los desalojos se efectúan con el uso de la fuerza pública, por otra parte las personas son reubicadas en locales o en albergues muy distintos al lugar al cual estaban acostumbrados. Muchas veces esos locales en los que las personas son reubicadas no cuentan con servicios de electricidad o de agua. Si vemos el caso de poblaciones rurales acostumbradas a vivir del trabajo de la tierra, vemos que suelen ser reubicadas en una vivienda, pero no se les da tierra para trabajar, esto implica un cambio muy fuerte en sus condiciones de vida y además existe una ruptura del tejido social al que esa población estaba habituada a tener como respaldo, puesto que muchas veces las familias suelen ser reubicadas en lugares distintos, los grupos se dividen y ya no pueden apoyarse en las amistades y las familias como solían hacerlo.

Todos esos factores traen como consecuencia un aumento en el índice de mortalidad de esas personas objetos de desalojo, sobre todo en las mujeres, en los niños/as y en los ancianos/as, que son los grupos más vulnerables y por ende el Estado debería prestarles mayor atención.

Existen una serie de lineamientos por parte de la OMS que relacionan la vivienda con la salud. En esos lineamientos se dice que uno de los factores de enfermedades graves se desprende del hecho de habitar viviendas inadecuadas. Estos mismos

lineamientos los tiene la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual se ocupa básicamente de América Latina y Estados Unidos. Esta Organización está relacionada con una red interamericana que se ocupa específicamente de las enfermedades relacionadas a las viviendas y todos los años publica informes basándose en países distintos, en los que analiza los materiales con los que las viviendas son construidas, el espacio con el que cuentan las familias e incluso las técnicas que se usan en esas viviendas para cocinar, por ejemplo es un problema grave usar leña durante muchos años para la cocina, puesto que esto implica una serie de enfermedades para los bronquios y las vías respiratorias. Este estudio nos indica claramente, con ejemplos específicos, cuándo nuestra vivienda puede ser causal de enfermedades por su misma estructura.

Respecto al derecho humano al agua si leemos tanto la Observación General sobre la salud, como la Observación General sobre la vivienda, se hace mucha referencia a la necesidad de tener acceso a agua de buena calidad ya que la falta de agua es un riesgo grave para nuestra salud, así como también el hecho de que el agua llegue contaminada a nuestras casas. Ese es otro de los casos muy frecuentes.

Para conocer mejor el derecho al agua tenemos la Observación General N° 15, en la cual se define el derecho humano al agua de una forma muy amplia, con muchos ejemplos e indicadores. Esta Observación ha sido evaluada en forma muy positiva por muchas personas que trabajan en derechos humanos y por los grupos sociales que se han visto reconocidos en esta Observación.

Uno de los casos que se han presentado frente al Tribunal Latinoamericano del Agua ha reflejado muy claramente la vinculación entre el derecho a la salud, derecho a la vivienda y derecho al agua -en la introducción de la Observación General 15 esta vinculación está señalada-. Este es el caso del río Atoyac (Tlaxcala-Puebla), donde cinco comunidades de la zona han denunciado que estaban enfermándose mucho de leucemia, en la denuncia decían que probablemente esta enfermedad estaba causada por tóxicos que se hallaban en el agua del río, dichos tóxicos eran vertidos directamente en el agua por parte de muchas empresas que maquilaban alrededor del río y arrojaban sus desechos directamente en el agua, sin tratarlos. Además estamos hablando de una zona agrícola, por lo que el agua proveniente del río se utiliza tanto para uso doméstico como para uso agrícola.

Se llevaron a cabo unos estudios en los cuales se demostró que el agua era causal de enfermedades puesto que tenía niveles muy altos de toxicidad, muy por encima de los niveles que la ley nacional mexicana permite. El Tribunal Latinoamericano

del Agua dijo claramente que el uso de esa agua iba a violar una serie de derechos de esas personas: el derecho al agua, el derecho a la vivienda, porque tenemos derecho a servicios de calidad dentro de los cuales se encuentra el agua potable, el derecho a la alimentación, debido a que esta agua se usaba para irrigar los campos y ello ocasionaba que los vegetales absorbieran muchos de esos tóxicos, el derecho a la salud, claramente violado por todos estos elementos.

El Tribunal Latinoamericano del Agua reconoce al Estado mexicano como responsable de la violación de todos esos derechos, se focaliza más en relación al derecho a la salud y el derecho al agua, justamente por permitir que terceros vertieran sus tóxicos en las aguas. El Estado tiene que vigilar que terceros no pongan en peligro el derecho a la salud de sus ciudadanos, pero no ha sido así.



**Ana Barrios (Provea-Venezuela)**

**Derecho a la salud / Derecho a la alimentación**

Entre los vestigios de la pobreza hay algunos que una vez superados no dejan marca: vestido, vivienda, transporte. Pero hay dos componentes que dejan marcas para toda la vida: la desnutrición y la ignorancia.

El derecho a la alimentación no es más importante que otros derechos, pero sí tiene un ingrediente adicional el cual es la irreversibilidad de sus secuelas. Podemos perder la libertad y recuperarla, podemos incluso enfermarnos y recuperar totalmente la salud, pero si dejamos de alimentarnos en el momento clave de nuestra vida y por un tiempo prolongado vamos a tener secuelas que nos impedirán disfrutar de una vida digna como seres humanos y se van a perpetuar así los ciclos de pobreza. Por eso es tan importante el reconocimiento del derecho a la alimentación como derecho humano a pesar de que su jurisprudencia sea insuficiente, al igual que su vigencia y su garantía.

El derecho a la alimentación está incluido en varios instrumentos internacionales, como la Declaración Universal de Derechos Humanos (Artículo 25):

*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda y los servicios sociales necesarios.*

Esto es fundamental para el desarrollo posterior de los Pactos vinculantes. Ya hace más de cincuenta años se habla de la alimentación, conjuntamente con otros elementos, como un derecho humano. Esta es una visión integral.

Luego está el PIDESC, el cual en su Artículo 11, junto con otro derecho, señala «el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia incluso

*alimentación, vestido y vivienda adecuados*». Este artículo consta de una segunda parte en la cual se refiere específicamente al tema de la alimentación:

*Los Estados partes en el presente Pacto, reconociendo el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre, adoptarán, individualmente y mediante la cooperación internacional, las medidas, incluidos los programas concretos, que se necesitan para:*

- a) Mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos mediante la plena utilización de los conocimientos técnicos y científicos, la divulgación de principios sobre nutrición y el perfeccionamiento o la reforma de los regímenes agrarios de modo que se logre la explotación y la utilización más eficaces de las riquezas naturales;*
- b) Asegurar una distribución equitativa de los alimentos mundiales en relación con las necesidades, teniendo en cuenta los problemas que se plantean tanto a los países que importan productos alimenticios como a los que los exportan.*

Además el de contemplar el derecho a la alimentación específicamente habla de dos estrategias o métodos concretos a tomar en cuenta: cómo se producen los alimentos y cómo se distribuyen.

En el ámbito interamericano tenemos el famoso Artículo 26 de la Convención Americana. Sabemos que es un Artículo muy vago y muy amplio, pero reconoce de alguna manera los DESC, y es un Artículo mediante el cual en algún momento pudiésemos tratar de jurisprudencia el derecho a la alimentación en el ámbito interamericano.

Tenemos también algunos otros instrumentos, como la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, la cual reconoce en su Artículo 1º la igualdad de oportunidades para el acceso a recursos básicos, entre ellos los alimentos; y la Declaración Universal para la Erradicación del Hambre y la Malnutrición (1974), de Naciones Unidas, donde también se reconoce este derecho. En el ámbito nacional tenemos un avance muy importante a partir de la Constitución de 1999, la cual incorpora el Artículo 305. En la Constitución de 1961 no había ningún artículo que protegiera directamente el derecho a la alimentación. En la actual Constitución, en el Artículo 305, se habla acerca de la obligación del Estado de proteger y garantizar la seguridad alimentaria de toda la población mediante una serie de estrategias:

*La seguridad alimentaria se alcanzará desarrollando y privilegiando la producción agropecuaria interna, entendiéndose como tal la proveniente de las actividades agrícola, pecuaria, pesquera y acuícola. La producción de alimentos es de interés nacional y fundamental al desarrollo económico y social de la Nación.*

Por primera vez se reconoce y se incorpora este derecho a la legislación nacional.

Todo esto indica que es indudable e innegable la condición de derecho humano de la alimentación. Se trata de un ejercicio básico, como personas no podemos desarrollarnos sin estar bien alimentados. La alimentación hace y concreta la dignidad del ser humano, tiene condiciones para considerarse como un derecho humano fundamental. Sin embargo el problema de la violación de este derecho es generalizado. Todos los estudios indican que en el mundo existen más de 800 millones de personas que padecen hambre. En el caso de Venezuela estamos entre los países con desnutrición intermedia, el porcentaje del déficit nutricional está entre el 5 y el 19%. Las cifras oscilan entre el 17% para Venezuela, lo cual quiere decir que el hambre existe y se da principalmente en los países en vías de desarrollo, pero también existe en los países desarrollados. Es un problema a nivel mundial, por lo tanto se convierte en un tema que todos los países están interesados en atender.

Esta situación de no vigencia del derecho humano a la alimentación tiene que ver con el hecho de que todavía no está lo suficientemente concientizado como un derecho humano por razones que ya conocemos. Los DESC han sido considerados durante mucho tiempo como derechos de segunda; en esa estrategia de que al venderlos como derechos podemos alcanzar logros integrales –ruta en la cual todavía hay un buen trecho por recorrer–. Quizás también tenga que ver con cómo se ha entendido el derecho a la alimentación, puesto que hay algunas confusiones en relación al contexto.

También existe una Observación de Naciones Unidas para el derecho a una alimentación adecuada, se trata de la Observación General N° 12 del Comité DESC, en la misma se desarrollan conceptos y contenidos generales del derecho a la alimentación. Hay un relator especial de Naciones Unidas para este derecho (Sr. Jean Ziegler – Suiza), según él podemos definir el derecho a la alimentación como el derecho a tener acceso, de manera regular, permanente y libre, sea directamente o mediante compra en dinero, a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente que corresponda a las tradiciones culturales

de la población a que pertenece el consumidor, y que garantice una vida psíquica, física, individual y colectiva libre de angustias, satisfactoria y digna.

Es una definición bastante amplia, creo que esa es una característica de todos los DESC, tener una visión y una concepción muy amplias. En este caso no estamos diciendo que el derecho a la alimentación se limita al hecho de comer, sino al derecho a tener acceso a la alimentación de manera permanente y adecuada, de acuerdo a los patrones culturales de cada pueblo.

¿Cuándo se ejerce el derecho a la alimentación? Las personas pueden comer todos los días y estar mal nutridas, por lo tanto el derecho a una alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer, niño, niña, ya sea solo o en común con otros tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada y a los medios para obtenerla. Básicamente lo que contemplan los organismos internacionales como derecho a la alimentación es el derecho a un acceso con determinadas condiciones y características: se trata de un acceso permanente, seguro, libre, acceso a alimentos de calidad, no solamente a cantidad, en todo momento.

La Observación General N° 12 señala, bajo esta concepción, que el derecho a la alimentación tiene dos contenidos básicos: la disponibilidad y la accesibilidad.

¿Qué implica la disponibilidad de alimentos? Implica que estos alimentos deben existir en calidad y cantidad suficiente para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos sin sustancias nocivas y de forma aceptable de acuerdo a culturas determinadas. Esto es muy importante en estos momentos cuando el tema de los alimentos producidos genéticamente o bajo otras formas asociadas a sustancias químicas o a procesos no muy saludables, está haciendo efervescencia e incluso, el tema de los organismos genéticamente modificados se encuentra actualmente en el debate.

La disponibilidad involucra varios aspectos, como la posibilidad de explotar directamente las fuentes de alimento; para la gente que vive en sectores rurales esto incluye el acceso a la tierra y al agua, entre otros. Las poblaciones que habitan en otros sectores deben contar con sistemas de elaboración, distribución y comercialización adecuadas.

La accesibilidad implica que los alimentos deben ser accesibles a todas las personas de forma sostenible y sin afectar otros derechos humanos. Si una familia tiene que destinar el 100% de los ingresos para adquirir sus alimentos esa familia no tiene seguridad alimentaria porque está poniendo en peligro otros derechos y es

posible que en algún momento esos ingresos no le alcancen para adquirir los alimentos, por lo tanto no tiene seguridad alimentaria y tampoco tiene la posibilidad de disfrutar integralmente de sus derechos.

Los Estados deben prever la existencia de sectores y personas más vulnerables y por tanto necesitan mayores esfuerzos para garantizar su accesibilidad al derecho, como por ejemplo personas con discapacidad, personas de la tercera edad, personas que viven en zonas alejadas, personas afectadas por catástrofes naturales, etc.

Todo esto nos lleva a definir algunas verdades y algunas no-verdades en relación con el derecho a la alimentación. Una **verdad** es que se trata de un derecho amplio que involucra el acceso a alimentos adecuados, de manera permanente, segura y oportuna. Una **mentira** es que no es un derecho a recibir alimentos o a estar alimentados, es decir, no es solamente un derecho a alimentarse o a comer. Una **verdad** es que la gente tiene que poder alimentarse por sus propios medios, en esto hay una confusión ya que la gente piensa que el Estado tiene que darle los alimentos. No. El derecho a la alimentación es efectivo cuando la gente puede tener acceso al mismo por sus propios medios, no es el derecho a recibir alimentos por parte de otros. Una **mentira** es que durante mucho tiempo se dijo que el problema de los alimentos es que no se están produciendo en cantidad suficiente. Ese no es el problema. Hay suficiente capacidad de producción en el rubro de los alimentos, el problema está en la distribución, en la inequidad con la cual los alimentos llegan a las personas.

Partiendo de la Observación General N° 12 tenemos que algunas de las obligaciones del Estado en materia de alimentación son: adoptar medidas para lograr progresivamente el pleno ejercicio del derecho a una alimentación adecuada, así como no discriminar. Es muy importante que esto se entienda porque muchas veces con la excusa de que los DESC son de carácter progresivo esa progresividad se entiende como una parálisis en la generación de políticas. Hay medidas que son de carácter inmediato, el Estado tiene la obligación de generar una legislación adecuada y protectora del derecho a la alimentación, así como generar planes y programas que lleven alimento a las personas que se encuentran en situación de peligro. Todo ello debe llevarse a cabo con un eje transversal el cual consiste en la obligación y el deber de no discriminar.

En cuanto a obligaciones más concretas tenemos: respetar, proteger y garantizar el acceso al derecho a la alimentación, esto implica que el Estado no debe adoptar medidas que puedan impedir el acceso de las personas a la alimentación. Esto se da

en el caso de los grandes proyectos de desarrollo que muchas veces desplazan a la gente, sobre todo a las comunidades rurales y a las poblaciones indígenas de sus lugares de origen. Esas tierras de las que son desplazados constituyen el sustento para su alimentación, por lo tanto si el Estado toma ese tipo de medidas está incurriendo en la violación del derecho. Y si permite que terceros las tomen está desobedeciendo su obligación de proteger, puesto que la protección implica impedir que terceros ejerzan acciones que de alguna manera vulneren el derecho a la alimentación.

Respecto a la obligación de garantizar tenemos que la misma implica la adopción, por parte del Estado, para garantizar que progresivamente este derecho se vaya haciendo realidad, pero también implica tomar medidas para garantizar que las poblaciones vulnerables reciban alimentación, por ejemplo en el caso de catástrofes o en el caso de poblaciones aisladas.

¿Qué derechos están asociados al derecho a la alimentación?

- El derecho a un alto estándar de salud mental y física, por su obvia relación con el tema que estamos tratando aquí.
- El derecho a trabajar y recibir salarios que contribuyan al acceso a la alimentación.
- El derecho a un medio ambiente sano, pues cómo podemos adquirir alimentos que no sean dañinos si tenemos un medio ambiente deteriorado.
- El derecho a no ser discriminados por motivos de raza, sexo o cualquier otra condición.
- El derecho a la igualdad de géneros, sabemos que en nuestros países muchas veces es la mujer quien tiene sobre sus espaldas la seguridad alimentaria de sus familia y muchas veces está muy discriminada o tiene muchísimas barreras para acceder a créditos, a trabajos con una remuneración justa que le permita concretar esa seguridad alimentaria de su grupo familiar.
- El derecho de los niños y niñas a un ambiente apropiado.
- El derecho a la educación.
- El acceso a la información, lo cual es muy importante para poder llevar adelante una alimentación sana, para saber qué estamos adquiriendo, qué estamos comiendo, para estar informados sobre qué nos puede afectar en relación a la alimentación.

- El derecho a un seguro social.
- El derecho al desarrollo, a la paz y a disfrutar de los beneficios del progreso científico.

Por otra parte se hizo una vinculación del derecho a la alimentación tomando en cuenta los ocho objetivos de desarrollo del milenio:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
4. Reducir la mortalidad infantil.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

¿Cuál es la vinculación?

1. Sabemos que el hambre perpetúa la pobreza al reducir la productividad y que la pobreza impide a las personas producir o adquirir los alimentos que necesitan.
2. El hambre reduce la asistencia a la escuela y perjudica la capacidad de aprendizaje. La falta de instrucción reduce la capacidad para obtener ingresos y aumenta el riesgo de pasar hambre, el hambre reduce la tasa de asistencia a las escuelas, teniendo en cuenta que son más las niñas quienes dejan de asistir a la escuela cuando hay problemas de desnutrición.
3. La desigualdad entre los sexos perpetúa el problema ya que las mujeres subnutridas dan a luz bebés con insuficiencias de salud.
4. Más de la mitad de las muertes infantiles son el resultado directo o indirecto del hambre y la malnutrición.
5. La subinetración y las carencias de micronutrientes aumentan enormemente el riesgo de defunción materna. Venezuela tiene una tasa de defunción materna alta, lo cual ha sido un tema para la agenda del gobierno. Habría que ver si se está atendiendo suficientemente este problema relacionado a la nutrición de las madres.

6. El hambre desencadena comportamientos arriesgados que aceleran la propagación del SIDA. Los niños y niñas subnutridos tienen más del doble de posibilidades de morir de paludismo.
7. El hambre da lugar a un uso insostenible de los recursos. La restauración y el mejoramiento de las funciones de los ecosistemas son fundamentales para reducir el hambre entre la población rural pobre.

Todo esto constituye un ejemplo de cómo el derecho a la alimentación está vinculado a un conjunto de derechos, pero también de manera muy clara con el derecho a la salud. Podríamos decir que la relación con el derecho a la salud se da en una doble vertiente: la ausencia de una adecuada alimentación incide en el estado de salud de la población, pero también la ausencia de salud incide en la capacidad de las personas de tener seguridad alimentaria, al debilitar su acceso a la alimentación o a los medios para lograrla.

Me gustaría hacer referencia algunas cifras y temas que nos muestran cómo el derecho a la alimentación se vincula con el derecho a la salud:

- **Mortalidad infantil.** Si bien no todas las muertes infantiles ocurren a causa de la desnutrición, según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) la incidencia de la desnutrición en la mortalidad infantil es de más del 50%, algunos dicen que es del 54%, es decir, si tuviéramos niños y niñas bien nutridos evitaríamos un alto porcentaje de muertes.
- **Mortalidad materna.** Cada año unas 530 mil mujeres mueren a consecuencia de complicaciones en el embarazo y en el parto, el 99% de estas muertes se producen en el mundo en desarrollo, donde las tasas de mortalidad materna suelen ser entre 100 y 200 veces superiores a los de los países industrializados. Casi todas estas muertes podrían evitarse si las mujeres de los países en vías de desarrollo tuviesen acceso a dietas adecuadas, a agua potable, a servicios de saneamiento y a servicios de salud durante el embarazo y el parto. Estamos hablando de muertes absolutamente prevenibles.
- **Enfermedad de las mujeres sobre la alimentación del grupo familiar.** ¿Qué sucede cuando las mujeres enferman? Si ellas enferman se reduce su capacidad de producir y/o adquirir alimentos, esto afecta a grandes grupos de población. En este sentido la ausencia de políticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva que atiendan a los problemas de salud más

frecuentes para las mujeres y ataquen enfermedades perfectamente prevenibles puede tener un efecto devastador sobre la seguridad alimentaria de la población. Me pregunto si cuando se diseñan políticas de salud, como por ejemplo, en el caso de la salud sexual y reproductiva, se tiene presente el efecto, el impacto y la importancia que esto tiene en la seguridad alimentaria de los grupos familiares y de la población en general. Creo que este vínculo no se ha terminado de visualizar.

- **El SIDA.** Cuyos efectos sobre el tema de la seguridad alimentaria han sido estudiados especialmente en países en los cuales esta enfermedad se ha generalizado. Se ha visto cómo una enfermedad de este tipo puede romper la cadena de transmisión de formas de seguridad alimentaria. En los países de África, en donde están muriendo gran cantidad de adultos debido al SIDA, se está perdiendo la información que estos grupos familiares transmiten a sus hijos e hijas para que ellos puedan seguir trabajando la tierra. Ahí vemos cómo el no atender la salud integralmente, sobre todo cuando estamos hablando de enfermedades que pueden ser fatales y generalizadas en un porcentaje muy alto, en muy corto plazo puede llegar a romper una estructura de seguridad alimentaria que si bien es precaria es la única con la que cuentan algunas comunidades.

Resalto entonces la doble vertiente de tener salud para poder adquirir alimentos y alimentarse para tener salud.

Quisiera terminar con esta cita de la (FAO):

El hambre opaca el intelecto y atrofia la productividad e impide a sociedades enteras realizar su potencial. En los países en desarrollo las enfermedades relacionadas con el hambre le suman gastos a las familias pobres e incrementan la carga de atención que llevan los miembros saludables de éstas que ya de por sí luchan por su subsistencia. Cuando esta dificultad se multiplica por millones de familias en todo el mundo se crea un devastador efecto de propagación que pone en peligro el desarrollo mundial.

El tema del hambre es de connotación mundial y necesita ser atendido desde esa perspectiva, puesto que podríamos estar, en el corto plazo, hablando de millones de seres que no podrán desarrollarse en su totalidad.



**Francisco González (UCLA-Venezuela)**

**Derecho a la salud / Derecho al trabajo**

---

La salud en el trabajo es un derecho humano fundamental. Es importante que los trabajadores y trabajadoras reconozcamos que esto forma parte de nuestros derechos fundamentales para poder conquistar mejores condiciones de vida y laborales.

Comienzo por dar algunas informaciones generales. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) en su informe de abril de este año (2006) reporta que anualmente mueren más de dos millones de trabajadores y trabajadoras, producto de enfermedades y accidentes causados por el trabajo en exceso. La semana pasada, en un evento llevado a cabo en La Habana, una experta de la OIT señalaba que cada día mueren mil trabajadores y trabajadoras en accidentes de trabajo. Actualmente ellos contabilizan 365.000 accidentes al año, son mil padres de familia (porque en su mayoría son hombres) que van a buscar del sustento y no regresan.

Hay una causa que es importante discutir: el modelo neoliberal, la fase neoliberal del capitalismo, ha precarizado terriblemente las condiciones de trabajo y ha aumentado los daños no solamente de la salud de los trabajadores y trabajadoras, sino del ambiente, por lo tanto se debe abordar el tema de la salud en el trabajo de manera integral, porque el mismo está sumamente vinculado con el modo de producción.

El trabajo debe ser entendido como un proceso económico, social, integral, histórico, determinado por los modos de producción, con elementos tales como los medios de trabajo, la actividad, la organización. La sociedad capitalista sostiene un proceso de valores que procura reproducir el capital y generar ganancia y

generar valores tales como la plusvalía; sabemos que existen diferentes estrategias para que esta plusvalía sea cada vez mayor, es decir, para que la ganancia sea cada vez mayor. Esas estrategias que se utilizan pueden generar terribles efectos sobre la salud de los trabajadores y las trabajadoras.

En América Latina hay casos muy dolorosos, como el de Colombia, respecto a lo que ha venido ocurriendo en esta materia. Cómo el modelo neoliberal ha privatizado todo el tema de la seguridad social. En un seminario que tuvo lugar en Lima, el compañero Mauricio Torres, quien en estos momentos lleva la coordinación de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, nos dio un panorama de la situación tan lamentable que al respecto se vive en Colombia. Realmente la situación actual de las condiciones de trabajo, la informalidad, el implemento de la accidentalidad en México, el tema de las maquilas, la pérdida de la salud, la vida, la discapacidad permanente en personas muy jóvenes, en un lapso de tiempo muy corto, es irreversible. Sobre todo son mujeres quienes trabajan en las maquiladoras. Todo esto nos hace visualizar un panorama bien complejo para la clase trabajadora en América Latina. En Venezuela estamos transitando por un momento interesante que luego vamos a discutir.

Este tema no es nuevo. Ya Carlos Marx en *El Capital*, en el estudio del proceso del trabajo, dividía la vida de los trabajadores y trabajadoras en dos grandes momentos:

1. **El momento de la producción**, donde se está expuesto a los procesos peligrosos, al riego, a las sustancias químicas, al ruido, al calor, etc.; dependiendo del tipo del trabajo va a determinarse el tipo de daño a la salud. El precursor de la medicina del trabajo es un italiano llamado Bernardo Ramazzini (1633-1714), quien en 1701 publicó el libro titulado *Tratado de las enfermedades de los artesanos* (*De Morbis Artificum Diatriba*), él acuñó una máxima que dice «Dime en qué trabajas y te diré de qué padeces». Evidentemente el perfil de enfermar y morir es distinto según el trabajo que se haga: minero, chofer, médico, obrero de la construcción, etc. Por ese trabajo se percibe un salario, lo cual marca el segundo momento
2. **El momento de la reproducción para recuperar el desgaste**, lo cual implica calidad de vida, acceso a la vivienda, a la alimentación, a la recreación, al transporte, al vestido, a la cultura, etc., y sin ninguna duda esto está determinado y asociado con los factores de consumo, los cuales muchas veces se nos imponen aun pudiendo ser patrones de consumo nocivos para nuestra salud y nuestro bienestar.

La síntesis entre los perfiles de desgaste por el trabajo y los patrones de consumo en la etapa de reproducción van a determinar los perfiles de salud y enfermedad de los trabajadores y trabajadoras. Visto en el contexto de la sociedad capitalista tenemos que entender que el objeto fundamental del trabajo en la sociedad capitalista es la generación de ganancia por parte del dueño de los medios de producción.

Actualmente en Venezuela estamos en una situación muy interesante con relación a este tema. Las y los compañeras/os de Provea se han preocupado por este tema desde hace muchos años. Hemos tenido la oportunidad de colaborar en varios informes de años anteriores denunciando la violación de este derecho fundamental.

Desde hace muchos años los trabajadores y trabajadoras venezolanos, junto con los profesores universitarios, hemos venido luchando. No es un tema nuevo. Ya la primera huelga petrolera de 1936 incorporaba demandas relacionadas con condiciones de trabajo, con acceso a agua fría, por ejemplo, en el sur del Lago de Maracaibo, a mejoramiento de las condiciones de vivienda en las barracas, etc. El proceso constituyente nos brindó la oportunidad de que todo este proceso de lucha que se ha venido dando entre los trabajadores y trabajadoras en Venezuela fuese incorporado como un derecho constitucional, hoy está incorporado en el Artículo 87 de la nueva Constitución e incluye el derecho a la salud y a la seguridad en el trabajo, la obligación de los empleadores a garantizar ese derecho y la obligación del Estado en crear las instituciones para garantizarlo.

Igualmente en el Artículo 23 de la Constitución tenemos la jerarquía constitucional de aquellos instrumentos internacionales, como los pactos y convenios de la OIT suscritos por el país, en los cuales se protege el derecho a la salud en el trabajo. También tenemos la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT), promulgada en Gaceta Oficial N° 38.326, el 26 de julio de 2005. Esta es la ley específica que rige la salud en el trabajo a nivel nacional. También tenemos las leyes especiales, como la del seguro social, por ejemplo, el Reglamento de las Condiciones de Higiene y Seguridad en el Trabajo, y así un conjunto de normas.

El derecho a la salud en el trabajo es un derecho especial y fundamental. Los trabajadores y trabajadoras de Venezuela hemos logrado un avance importante en la actual Constitución, ahora tenemos que lograr que todos esos derechos se respeten. Esto es lo que señala el último párrafo del Artículo 87: «Todo patrono o patrona garantizará a sus trabajadores y trabajadoras condiciones de seguridad,

higiene y ambiente de trabajo adecuados. El Estado adoptará medidas y creará instituciones que permitan el control y la promoción de estas condiciones.»

Cuál es la situación que vivíamos, porque esto ha venido cambiando y hay que reconocerlo. Quienes durante tantos años hicimos críticas y exigimos que este derecho fuese reconocido, debemos reconocer que esta situación está cambiando en el país. ¿Cuál es la situación que teníamos hasta hace muy poco tiempo?

- Falta de voluntad política por parte del Estado venezolano en la materia.
- La antigua Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo iba a cumplir veinte años de vigencia. Fue una Ley prácticamente desconocida en todo el país, en casi todas las instancias, incluso por abogados, pues no se estudiaba en las escuelas de derecho, evidentemente era una Ley clandestina. Sin embargo, fue una Ley bien avanzada para su momento. La nueva Ley es una reforma integral de la antigua y está vigente desde el 26 de julio de 2005.
- Se dismantelaron los organismos fiscalizadores que existían en esta materia, dentro de todo el plan neoliberal de debilitamiento de la acción pública y los trabajadores quedaron prácticamente desguarnecidos, pues no existía por parte del Estado venezolano una política para atender este tema.
- El incumplimiento y desconocimiento de la ley por casi todo el mundo.
- La desmovilización de los trabajadores y trabajadoras.
- El incumplimiento del Estado en sus obligaciones con los organismos internacionales.

¿Cuál es el nuevo escenario que se plantea hoy?

A partir de la Constitución del 99 y fundamentalmente a partir del año 2002, cuando por una demanda de los trabajadores y trabajadoras, quienes tuvimos que tomar el despacho del Ministerio del Trabajo, así como las inspectorías del trabajo de las ciudades más importantes del país, enviamos cartas, hicimos exigencias, realizamos marchas a la Asamblea Nacional, se logra, en el 2002, que se ponga en funcionamiento el INPSASEL (Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales), organismo autónomo adscrito al Ministerio del Trabajo.

En este nuevo escenario que trata el tema de la salud en el trabajo como un derecho constitucional tenemos que dentro del nuevo sistema de seguridad social en la Ley del 2002 se incorpora un régimen especial de seguridad y salud en el

trabajo como un componente de seguridad social, de financiamiento exclusivo por parte de los empleadores, con catorce prestaciones garantizadas a los trabajadores y trabajadoras, universalizándose así el derecho a la salud y seguridad en el trabajo.

Hay que señalar que la salud en el trabajo se ha convertido en una prioridad del Estado venezolano. Una demostración de ello es que en el año 2002 me tocó la responsabilidad de ser el presidente fundador del INPSASEL, nosotros mismos nos sorprendimos, puesto que nos llamaron, luego de todo lo que habíamos reclamado, y nos tocó la tarea de presidir el equipo y organizar todas las propuestas. El presupuesto que nos dieron en ese año fue de 84 millones de bolívares, es decir, 40 mil dólares. Así fuimos evolucionando y el presupuesto de este año es de 26 mil millones de bolívares, lo cual equivale a 12 millones 100 mil dólares. Para que veamos un elemento concreto de voluntad y compromiso.

Tenemos un nuevo sistema integral de inspección en el trabajo que arrancó y está consolidando el INPSASEL y lógicamente la nueva ley.

En la actualidad contamos con una buena base legal muy completa que a la vez se está actualizando. Se está iniciando por fin en el país una política nacional de salud ocupacional, se está recuperando la función fiscalizadora del Estado venezolano, lamentablemente aún no se ha podido desarrollar el sistema para conocer el número real de accidentes y enfermedades en el trabajo; además los empleadores y empleadoras esconden las cifras, amenazan a los trabajadores y trabajadoras con el despido en caso de que realicen denuncias ante el Instituto sobre algún accidente o enfermedad.

Se está dando un interesantísimo proceso de organización e interés por parte de los trabajadores y trabajadoras en el país. Esta Ley tiene conmocionado al mundo del trabajo en el país, a estas alturas hay más de 10 mil delegados y delegadas de prevención elegida democrática, directa y secretamente por los trabajadores y trabajadoras. Ese es uno de los pasos de avance contemplados en la Ley, puesto que los trabajadores y trabajadoras son protagonistas del proceso, de la gestión, de la fiscalización, de la vigilancia, de la contraloría, del proceso de salud en los centros de trabajo. Lamentablemente hay bastante desinterés e incumplimiento por parte de la mayoría de los empleadores y empleadoras.

Tenemos un problema en el país con los accidentes y las enfermedades, los problemas músculo-esqueléticos se dan en gente muy joven. El 74% se enferma de problemas de la columna. Se dan intoxicaciones con sustancias químicas como

plomo, mercurio, solventes, plaguicidas, muchos de ellos prohibidos en los mismos países donde se producen o donde tienen registradas las patentes. Ellos los prohíben y no los utilizan en sus países, pero en nuestros países sí se utilizan. También tenemos enfermedades respiratorias, sordera, enfermedades de la piel.

Existen nuevos problemas de salud como el cáncer y la leucemia. Imagínense ustedes si las sustancias vertidas en los ríos afectan a la comunidad cómo no que afectarán a los trabajadores que laboran en esas empresas, donde están en mayor concentración esas sustancias cancerígenas.

Tenemos las enfermedades vinculadas al estrés, la sobrecarga física, las enfermedades psicosomáticas, el acoso laboral, el cual es un tema muy importante en el mundo, pues todo ello puede llegar a ocasionar fatiga crónica y envejecimiento prematuro, puesto que en el modelo neoliberal la sobreexplotación de los trabajadores y trabajadoras, debido a las demandas de la productividad y la ganancia, genera estos trastornos.

Tenemos un serio problema en el país, el cual debe ser atendido entre todas y todos. Para llevar a cabo la LOPCYMAT se constituyó una comisión de estudios actuariales –son estudios de los costos de la seguridad social–, se formó un equipo multidisciplinario con expertos en la materia, quienes elaboraron la factibilidad económica y financiera de la Ley y llegaron a estas estimaciones: En el año 2005 deben haber ocurrido en el país al menos 287.681 accidentes de trabajo, si eso lo dividimos entre doce nos da casi 24 mil por mes, es decir, 5 mil y tanto por semana, lo cual equivale a más de 700 accidentes diarios, estamos hablando de 33 accidentes por hora. Este es el problema que ocurre permanentemente.

Las cifras internacionales y nacionales señalan que el 10% de los accidentes dejan una secuela o algún tipo de discapacidad. Las muertes se estiman en 1.500 por año, eso significa más fallecimientos que los generados por cualquier epidemia activa que tengamos actualmente en el país: SIDA, dengue, sarampión, etc. No hay tantas muertes a causa de estas epidemias como las que hay debido a accidentes y enfermedades en el trabajo.

Las pérdidas económicas para los países industrializados están estimadas por la OIT en cuatro puntos del PIB. El BID señala que en nuestros países de América Latina estas pérdidas pueden llegar a diez puntos del PIB. Algo importante: **esto se puede prevenir**. Esto no es como dice el Título VIII de la Ley Orgánica del Trabajo, la cual afortunadamente se está revisando, en donde se habla de los

«infortunios» en el trabajo cuando aborda el tema de los accidentes y las enfermedades ocupacionales, es decir, se trata de la «mala suerte» en el trabajo. Ese fue el pensamiento subyacente en quienes elaboraron esa Ley.

Tenemos un problema de salud pública debido a que todas y todos estamos expuestos a sufrir un problema de este tipo, la población afectada en el 85% de las veces no tiene 40 años, y el 55% tiene menos de 30 años. Tenemos muchísimos accidentes y sus consecuencias para la salud, tales como lesiones, discapacidad, muerte. Desde el punto de vista social esto implica minusvalía, desempleo, exclusión. Desde el punto de vista económico implica pérdida, gastos para el trabajador, la familia, la empresa y el Estado, con el subsecuente costo para la economía.

Cuál es la respuesta que ya desde el año 77 se propuso en ese país. Fue esa Ley que ustedes tienen en sus manos. La primera versión se realizó en el año 77, elaborada por el profesor Emilio Cañizales Guédez, que fue quien la formuló, junto a un extraordinario grupo de compañeros que llevaban años luchando por esto. Lamentablemente se aprobó en el 86, después de casi diez años durmiendo en el antiguo Congreso Nacional, y demoró dieciséis años para ponerse en práctica. Estuvimos esos dieciséis años luchando. Afortunadamente en el 2002 María Cristina Iglesias (Ministra del Trabajo) le hizo el planteamiento al presidente Chávez y hubo una respuesta positiva, nosotros nos sorprendimos de ser llamados, luego de haber peleado tanto, para desarrollar la propuesta.

Hoy tenemos un instituto autónomo adscrito al Ministerio del Trabajo (INPSASEL), el cual entró en funcionamiento en mayo del 2002, cuya gestión se centra en el desarrollo de la política nacional de prevención, salud y seguridad laboral.

Cuáles son las funciones del INPSASEL:

- Ejecutar la política nacional en materia de prevención, salud y seguridad en el trabajo.
- Asesorar a empleadores/as y trabajadores/as en el área de la salud de los trabajadores/as.
- Dictar las normas técnicas que regulan la materia
- Gestionar el nuevo régimen de seguridad y salud en el trabajo del sistema de seguridad social.
- Calificar grado de peligrosidad en los centros de trabajo.

- Investigación y atención integral en casos de accidentes y enfermedades ocupacionales.
- Constituir y registrar los delegados(as) de prevención y los Comités de Seguridad y Salud Laboral (CSSL).
- Desarrollo de programas de educación y capacitación técnicas.
- Aplicar las sanciones por incumplimiento de la normativa establecida en la LOPCYMAT.

La LOPCYMAT es la que rige y garantiza este derecho, por eso es importante que la conozcamos. Detrás de ella hay una consulta pública de más de dos años que realizamos en el país para que esa Ley del 86 se convirtiera en esta Ley del 2005. Esta Ley nos garantiza a los trabajadores y trabajadoras el derecho a participar activamente, protagónicamente, a tal punto que ningún centro de trabajo puede registrar su programa de salud y seguridad en el trabajo sin el visto bueno y aprobación de los trabajadores y trabajadoras.

Por otra parte otorga una protección especial a los representantes de los trabajadores y trabajadoras: los delegados y delegadas de prevención no pueden ser despedidos ni desmejorados de sus trabajos. La elección de dichos delegados debe hacerse en todos los centros de trabajo, sean del sector público o del sector privado. Así como también deben constituirse los Comités de Seguridad y Salud Laborales. Esos son dos elementos básicos.

Con esta Ley empieza a hacerse justicia en el país. En marzo de este año se plantea el caso de un accidente laboral ocurrido en la Facultad de Veterinaria de la UCV, en Maracay. El TSJ ordena un juicio penal contra el Decano de esa Facultad por el accidente ocurrido a un técnico de laboratorio de la Universidad. El Decano, a pesar de ser advertido por los trabajadores y trabajadoras acerca de los peligros que ahí había, no tomó ninguna medida.

Ese mismo mes aparece en el diario *El Carabobeño* una orden de arresto a un infractor de la Ley de una empresa de cartones (Cartón de Venezuela, S.A.) por el retardo en la publicación del reporte de los accidentes de trabajo.

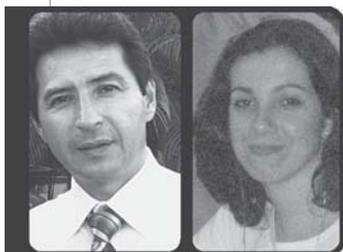
Es mucho lo que hay que hacer, tenemos un gravísimo problema en el país. Como producto de los accidentes de trabajo cientos de trabajadores y trabajadoras sufren daños irreversibles para su salud, algunos han muerto. Hace un par de años nueve trabajadores murieron en una empresa ubicada en Aragua, la Empresa Provegran, por el incumplimiento de normas básicas de seguridad. Ya la empresa

fue condenada a pagar una indemnización de más de 1.500 millones de bolívares; el juicio penal está activo y lo más probable es que haya una sentencia condenatoria para los dueños de esa empresa.

Ya en el país se ha venido dando un proceso de movilización por parte de los trabajadores y trabajadoras. Nosotros estamos convencidos de que los trabajadores y trabajadoras debemos conocer nuestros derechos, formarnos, movilizarnos y luchar por conquistar condiciones dignas de vida y de trabajo.



## Taller II MECANISMOS PARA LA EXIGIBILIDAD DEL DERECHO A LA SALUD



Facilitadoras / es  
**Marino Alvarado**  
**Yael Bello**

### OBJETIVO DEL TALLER

- Compartir las implicaciones de las definiciones sobre exigibilidad y justiciabilidad para los DESC.

### CONTENIDOS

#### ¿Qué entendemos por Exigibilidad?

- La exigibilidad de los derechos humanos es un proceso social, político y jurídico.
- La forma y medida en que un Estado cumple con sus obligaciones respecto de los DESC no solamente ha de ser materia de escrutinio de los órganos de verificación del cumplimiento de las normas que los consagran y garantizan, sino que debe abarcar la participación activa de la sociedad civil en esta tarea como una condición sustancial de su ciudadanía.
- La salud es un derecho cuya exigibilidad puede ejercerse individual y/o colectivamente

- Mecanismos de exigibilidad de los DESC: Derecho de Petición y recursos administrativos.

#### ¿Qué Implica Exigibilidad?

- Organizarnos en defensa del derecho
- Tender puentes y lograr alianzas estratégicas con organizaciones sociales, instituciones académicas o de otra naturaleza
- Desarrollar estrategias de defensa integral
- Hacer educación con enfoque de derecho
- Monitoreo de prácticas, políticas, legislación u otras medidas contrarias al derecho humano a la salud
- Solicitud de información vinculada con cuestiones relacionadas con nuestro derecho a la salud
- Denuncia de violaciones al derecho humano a la salud
- Presentación de exigencias y propuestas para la garantía del derecho humano a la salud

#### ¿Qué hacer frente a una violación?

- Denuncia: Ante las autoridades competentes en actuar frente a la violación del derecho humano a la salud (Defensoría del Pueblo, Fiscalía, Ministerios, Direcciones Regionales de Salud, autoridades municipales).
- Petición: Ante las autoridades competentes en darnos respuesta a las peticiones o solicitudes de información.
- Acciones extra judiciales: Manifestaciones, plantones, denuncias ante los medios de comunicación social, acciones urgentes u otras.

### **METODOLOGÍA**

- Lectura en parejas de las páginas 23 a 26 del Folleto: Los DESC también son derechos humanos (concepto de Exigibilidad).

- Lluvia de ideas y elaboración colectiva de un mapa conceptual sobre exigibilidad.
- Aportes del/a facilitador/a.
- Exposición del/a facilitador/a.
- Comentarios, reflexiones, inquietudes de la/os participantes.
- Trabajo en grupos para analizar un caso.
- Compartir en plenaria.
- Cierre de facilitadores/as
- Evaluación y cierre.

## Foro público: Reflexiones sobre el anteproyecto de la Ley de Salud



Rafael Ríos

*«Tenemos la obligación de ir revirtiendo esta concepción mercantilista de la salud»*

Armando De Negri

*«En primer lugar lo que siento de esta propuesta de Ley es que le falta alma»*

Absalom Méndez

*«Deberíamos crear instancias mucho más ágiles, mucho más flexibles, que permitan su funcionamiento real y no hacer de la participación algo ficticio»*

María Elena Rodríguez (Provea)

*«El sistema público de salud debe asegurar el disfrute del derecho a la salud y calidad de vida en términos de universalidad, equidad, solidaridad, gratuidad, integralidad y progresividad»*



## **RAFAEL RÍOS**

### **Ley de Salud y la integralidad del derecho**

En términos generales se intenta colocar sobre el tapete los factores que afectan el sistema público nacional de salud en Venezuela y los que lo han afectado durante muchos años. Tenemos la concepción limitada de la salud, una concepción de carácter curativo, individualista, que implica la atención directa al ciudadano y ciudadana, este ha sido uno de los elementos que fragmentan en su máxima expresión la atención en salud a la población en general. Esa concepción nos impide ver en perspectiva la situación de salud colectiva e incluso nacional.

Prevalece la tendencia mercantilista, este es uno de los elementos que perturba la calidad de la asistencia a la salud así como la universalidad a los ciudadanos y ciudadanas. Tenemos la obligación de ir revirtiendo esta concepción mercantilista de la salud, pues privan los intereses corporativos, los sindicatos, los gremios, etc., anteponen sus intereses a los de los ciudadanos y ciudadanas.

Existe una gran fragmentación y descoordinación institucional, lo cual atenta contra la calidad del servicio y la universalidad. Durante muchos años el modelo de atención en salud en nuestro país ha sido inadecuado, que no se ha ido armonizando con los análisis que se han hecho a nivel internacional.

Por otra parte contamos con sistema gerencial ineficiente, existe una desarticulación de servicios prestadores de salud, como parte de esa misma desintegración, así como la indisponibilidad de un marco legal que fortalezca la función rectora. La Ley que tenemos como referencia no es consistente en lo relacionado a la fortaleza que debe caracterizar al órgano rector del sistema de salud.

Igualmente nos encontramos con un sistema de información deficiente, por no decir que no existe. Hace pocos años el anuario de estadísticas vitales tenía entre ocho y diez años de retardo, es decir, no hay una referencia de información que sirva de base para la planificación y la toma de decisiones.

Como estamos hablando del derecho a la salud tenemos como referencia la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo primero nos dice que todos nacemos libres e iguales con dignidad y derecho. Eso está vinculado a la salud y a la prestación del servicio. El artículo dos nos dice que todas las personas tienen todos los derechos y libertades sin distinciones, el artículo tres se refiere al derecho a la vida que tienen todas las personas, a la libertad y a la seguridad. El artículo 22 nos habla de la seguridad social, el artículo 25 nos dice que todas las personas tienen derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure salud y bienestar.

Por otra parte, en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela tenemos artículos vinculados a la salud, pero también a la Ley, los cuales se tomaron como referencia para lo que es el diseño y la elaboración del articulado de la Ley. Tenemos por ejemplo el artículo 19, el cual habla del principio de progresividad para garantizar los derechos humanos. Esto no quiere decir que al ciudadano o ciudadana le vamos a dar los derechos por parte, sino que cuando tengamos un derecho de ahí en adelante el mismo debe ser mejorado cada vez. El artículo 23 nos habla sobre la jerarquía constitucional de los tratados, pactos y convenciones que han sido celebrados y ratificados por la República. El artículo 62 nos remite al derecho a la participación ciudadana, a la participación del pueblo en lo relativo a la formación, ejecución y control de la gestión pública, aspecto que está contemplado en la Ley. El artículo 132 hace referencia sobre el deber de cumplir responsabilidades sociales por parte de los ciudadanos y ciudadanas, lo cual implica incluso participar en la vida política. Todo ciudadano y ciudadana tiene la responsabilidad de participar corresponsablemente con el Estado y la sociedad en lo relativo a las políticas sociales y con la vida política del país. El artículo 143 se refiere al derecho de los ciudadanos y ciudadanas a ser informados oportuna y verazmente en relación con la gestión pública.

A todo lo anterior se suma el artículo 83 el cual concibe el derecho a la salud como un derecho social fundamental y por ende, como una obligación del Estado. Este es el único derecho social fundamental establecido en la Constitución. Cuando en ese artículo se hace referencia a la «obligación del Estado» se le está dando al derecho un carácter de política de Estado.

El Estado tiene la obligación de elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Debe garantizar estos puntos, puesto que se trata de un mandato constitucional. Por otro lado, las personas tenemos el derecho universal a la protección de la salud, así como también tenemos el deber de participar en lo relativo a la promoción y defensa de la salud, esto incluye los auto-cuidados que debemos interesarnos en practicar a los fines de no enfermarnos y cumplir con las medidas sanitarias de saneamiento que establezca el Estado como políticas. Eso es responsabilidad de cada uno de nosotros.

En el artículo 84 se establece que el Estado tiene la obligación de crear, ejercer la rectoría y gestionar un sistema público nacional de salud. Evidentemente, en la Ley se desarrolla lo que es un sistema público nacional de salud, el cual debe tener como características la intersectorialidad, la descentralización y participativo, integrado al sistema de seguridad social que es el marco referencial de estos derechos.

Los principios que sirven de base y fundamento para el sistema público nacional de salud, para la atención pública en salud, deben ser la gratuidad, la universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

Partiendo del artículo 84 de la Constitución se le da prioridad a la promoción de la salud, a la prevención de las enfermedades y a la rehabilitación de calidad.

Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no son privatizables. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la planificación, ejecución y control, lo cual trae como consecuencia la contraloría social.

En el artículo 85 se habla del financiamiento: El Estado tiene la responsabilidad de financiar el sistema público mediante la integración de los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias a la seguridad social y otras fuentes de financiamiento. Por otra parte, el Estado tiene la obligación de garantizar un presupuesto suficiente, así como debe promover y desarrollar una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas en salud, es decir, el recurso humano. El Estado también debe promover y desarrollar una industria nacional de producción de insumos para la salud. Esto se ha ido desarrollando con las instituciones que existen actualmente, pero en realidad no se ha completado este mandato constitucional. Sabemos que el Estado tiene la obligación de regular las instituciones públicas y privadas, a través de los instrumentos jurídicos pertinentes.

El artículo 86 se define las referencias de la seguridad social. Este artículo arranca señalando que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio

público de carácter no lucrativo que garantice la salud. Esto es muy importante porque diferencia a la seguridad social de Venezuela de otras. La concepción de seguridad social habitualmente se concibe como la atención a las contingencias que pueda sufrir la persona durante su vida activa, pero en nuestra Constitución se dice que la seguridad social abarca todo el componente de salud en la promoción, en la prevención, en la curación, en la rehabilitación e incluso en lo referente a elementos paliativos, es decir, la seguridad social no se limita a la atención de la contingencia (la enfermedad), sino que también incluye lo que es la promoción de la salud en adelante. Esta es una característica muy particular de la seguridad social en nuestro país. Sin embargo, más adelante en el mismo artículo contempla la protección para las contingencias, ahí ya entramos en la parte de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, etc. Se toman en cuenta dieciséis contingencias establecidas en la Constitución.

El sistema nacional de salud en Venezuela está conformado por seis componentes, siendo el sistema prestacional de salud el primero de ellos. Son tres sistemas prestacionales: salud, prevención social y sistema prestacional de vivienda y hábitat. El sistema prestacional de salud es el que presta el régimen prestacional de salud bajo la rectoría de un Ministerio con competencia en materia de salud.

¿Cómo se concibe la salud en la Ley? Se concibe como un estado de completo bienestar físico, social y mental. Sobre esto ha habido una gran discusión, llegó un momento en que la Ley no hacía referencia a esto, alguien lo quitó de ahí aduciendo que esto era imposible, utópico, pero al final, luego de varias discusiones se llegó a la conclusión de que esto es una referencia de lo que debe ser lo ideal para los ciudadanos y ciudadanas. Nosotros debemos, evidentemente, acercarnos lo máximo posible a esta concepción de salud.

Esta concepción se refiere a la condición individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, esto va a ser una referencia del funcionamiento del sistema, en lo relativo a la prestación del servicio de salud dentro del marco del derecho a la salud. Todo ello también se expresa a través de las condiciones biológicas vinculadas a los ciudadanos y ciudadanas, materiales, psicológicas, sociales, ambientales, culturales, y de la organización y funcionamiento del sistema. Todos esos elementos de alguna forma inciden sobre el bienestar físico, social y mental de los ciudadanos y ciudadanas e incluso de la colectividad, a la vez esto es producto de las determinantes sociales, ambientales y biológicas. El tema de las determinantes sociales en el ámbito de la salud está siendo trabajado a nivel internacional por una Comisión conformada por la OMS, esto es algo que

transversaliza todo el sistema de salud, puesto que tiene que ver con vivienda, empleo, transporte, educación, ingreso, etc.

Se está intentando la articulación de todas las institucionalidades y las políticas que de alguna forma van a influir sobre esas determinantes sociales de la salud. Todo esto nos demuestra que la salud no es concebida como algo individual, particular, relativo únicamente al tema de la enfermedad: estar sano y enfermo. La salud influye sobre la condición de vida de la colectividad, abarcando nuestro ámbito familiar.

Por otra parte tenemos la condición de estar y permanecer sanos, condición que debemos asumir individualmente cada uno de los habitantes ejerciendo cada cual la plenitud de sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida. El objetivo es mejorar las determinantes sociales para que las potencialidades de cada ciudadano y ciudadana se desarrolle al máximo posible durante toda su vida, es decir, que el bienestar no sea algo circunstancial. Para que esto sea posible los gobiernos deben desarrollar políticas a los fines de que la mayor cantidad posible de personas podamos desarrollar al máximo nuestras potencialidades.

El Estado utilizará la atención primaria en salud como estrategia para garantizar el derecho a la salud. La atención primaria de salud está muy en boga, se está retomando lo relativo a sistemas de salud basados en este tipo de atención, cuando revisamos este punto con detenimiento es posible llegar a la conclusión de que la atención primaria también transversaliza todo el sistema, desde la promoción en adelante hasta la atención paliativa a un ciudadano o ciudadana que presente un cuadro terminal.

Actualmente se está definiendo muy bien lo que representa la atención primaria en salud tanto para los países desarrollados como para los países en vías de desarrollo.

En la Ley organizamos un sistema público nacional de salud con un órgano rector, se crea un Consejo Nacional del Sistema Público Nacional de Salud, el cual se encarga de asesorar al órgano rector. Se crean la Direcciones Estadales de salud en cada estado y en el Distrito Metropolitano existirá una Dirección en Salud con igual desempeño al de las Direcciones Estadales. En los estados también se crean los Distritos de Salud establecidos de acuerdo a un ámbito territorial con características demográficas comunes, con perfiles epidemiológicos comunes, que de alguna manera permitan desarrollar políticas comunes para un área específica. Un Distrito de Salud puede ser un distrito territorial, pero también un Distrito territorial puede tener dos Distritos de Salud o dos Distritos territoriales

pueden conformar un Distrito de Salud. Lo que se busca fundamentalmente es crear unas delimitaciones vinculadas directamente a las características demográficas, orográficas, culturales y epidemiológicas, que permitan desarrollar políticas.

Cada uno de esos Distritos de Salud estará gestionado a través de una Unidad Distrital de Salud. Se prevé que después del período de transición, cuando se creen estas estructuras, se pueden transferir a los estados y municipios algunas competencias, responsabilidades o servicios mediante la celebración de convenios entre la rectoría del sistema de salud y los estados o municipios, pero en condiciones distintas a las que hay actualmente. Hoy en día hay institutos autónomos en los estados, en unos diecisiete estados aproximadamente, pero los nuevos convenios serían con carácter de corresponsabilidad, cooperación, subsidiaridad, etc., tal como lo establece la Constitución. El órgano rector no perdería el control directo con estas instancias a nivel de los estados y los municipios.

Por otra parte se crearía un Consejo Interestadal de Salud conformado por el órgano rector conjuntamente con todos los directores de las unidades estatales de salud. Igualmente se crea la Unidad Estatal de Salud con su Consejo Estatal, respecto a los Distritos de Salud habrá un Consejo Distrital de Salud.

En lo referente a la estrategia promocional de salud y calidad de vida en la Ley se establece que es un esfuerzo sostenido e intersectorial de preservación y desarrollo de la autonomía de los individuos y las colectividades, ya que se persigue hacer efectivas las respuestas a sus necesidades; pero también se plantea alcanzar las condiciones de calidad de vida a través de respuestas integrales ante las inequidades sociales. Acá volvemos a caer en el tema de las determinantes sociales. Se trata de alcanzar las mejores condiciones de calidad de vida mediante respuestas que el mismo Estado a través del sistema pueda desarrollar o implementar para garantizar un nivel máximo de calidad de vida a los ciudadanos y las ciudadanas. La idea es que todo esto, al final, tenga un impacto positivo en los indicadores de salud, los cuales sirven de referencia en cuanto al desempeño del sistema.

Se crean niveles de atención médica, de atención en salud, de atención integral. Se crea el primer nivel, el cual se define como la puerta de entrada habitual de la red de salud. Se contempla el acceso a los servicios y programas de salud para toda la población en sus propias comunidades. Este primer nivel tiene que ir a las comunidades, tiene una gran fortaleza en atención primaria, es necesario acercarlo a las familias e incluso a las escuelas.

La atención se fundamenta en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico precoz y la restitución de la salud en patologías

comunes de poca complejidad de manera ambulatoria y además están los cuidados paliativos. Estamos hablando de los consultorios populares.

En el segundo nivel se prestaría atención médica quirúrgica, odontológica y de rehabilitación integral especializada. Atención ambulatoria o con hospitalización de corta estancia, hasta por 72 horas, lo cual permitiría descongestionar en cierta medida los centros hospitalarios. También se incluye la realización de estudios de laboratorio y de imágenes, atención de partos normales. En este segundo nivel de atención están los CDI, las SRI, las clínicas populares, se ofrece atención médica especializada y de emergencias las veinticuatro horas del día, también con el fin de disminuir el impacto y la presión sobre los hospitales. Igualmente prevemos que debe realizarse cirugía ambulatoria en este segundo nivel.

En el tercer nivel tenemos atención de patologías, cuidados paliativos avanzados y otras situaciones de salud que requieren atención especializada que no puedan ser resueltas en los otros dos niveles de atención. Nos estamos refiriendo a los hospitales. Aquí hay evidentemente un nivel más elevado de especialización.

El cuarto nivel se refiere a aquellos hospitales de alta especialización, de carácter nacional e internacional, como por ejemplo el Hospital Cardiológico Infantil, el cual permitirá la atención de situaciones médico quirúrgicas de alta complejidad y especialización, de alto costo y riesgo que no pueden resolverse en el tercer nivel. Se trata de un nivel de cobertura y referencia nacional o, si se da el caso, internacional. Los establecimientos de cuarto nivel son centros de investigación y docencia por excelencia, cuyo acceso se da a través de referencias. La gestión de estos hospitales es de carácter nacional y se da a través del Ministerio con competencia en materia de salud.

Los centros hospitalarios del segundo y tercer nivel serán gestionados a través de las unidades estatales de salud. Los centros del primer nivel, los consultorios populares, serán gestionados a través de los distritos o las Unidades Distritales de Salud.

Damos mucha importancia a los trabajadores y trabajadoras de la salud en la Ley, mediante incentivos de carácter económico o en especies, la idea es fomentar la formación y capacitación, que los trabajadores y trabajadoras puedan desarrollar carreras en el sistema de salud, con el fin de mejorar el desempeño individual y colectivo y para que se cumplan los principios y alcances de las metas previstas en cada una de las instituciones. Por ende, mejorar los indicadores de salud promoviendo la calidad y la eficiencia en la provisión de los servicios. La idea es mejorar la calidad de todos los trabajadores y trabajadoras en el sector salud, tomando en cuenta que este es uno de los elementos claves para mejorar la

calidad de la asistencia, la eficiencia en la prestación de los servicios y la ejecución de los recursos en lo relacionado con el sistema.

Por otro lado también se crea en la Ley un Sistema Nacional de Información el cual estará bajo la responsabilidad del Ministerio con competencia en materia de salud, en coordinación con el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Ministerio con competencia en ciencia y tecnología. Se crea una Oficina de Asuntos Educativos y Comunicacionales, lo cual permite formar e informar a la ciudadanía en torno al tema de la salud. Igualmente se crea un Plan Estratégico Nacional de Tecnología de la Información y Educación en Salud, a los fines de mejorar lo relativo al conocimiento que la ciudadanía debe tener en cuanto a salud.

Se desarrolla en la Ley un capítulo sobre investigación y gestión tecnológica para lo cual se crea una Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías en Salud, esta Comisión estará trabajando permanentemente todo lo relativo a la adecuación de tecnología, de técnicas, de equipos y procedimientos que en Venezuela se aplicarían de forma vinculada a las necesidades del país.

Se crean los Comités Institucionales de Bioética para la investigación, se estimulará al máximo posible la investigación en ciencias de la salud, se desarrolla una alianza estratégica entre universidades conjuntamente con los ministerios, con los centros de investigación, etc. Se formará y se estimulará la formación de personal de salud para la investigación e incluso para el desarrollo de tecnologías.

Con relación a participación ciudadana hay una propuesta de esta naturaleza. Mediante una Asamblea Popular Primaria de ciudadanos y ciudadanas se elige un Comité de Salud, ya hay Comités de Salud en todo el país y al mismo tiempo se elige a un delegado o delegada para el Consejo Parroquial de Salud, se elige un delegado o delegada para la Asamblea del establecimiento de atención médica del segundo nivel y se elige un delegado o delegada para la Asamblea del establecimiento de atención médica del tercer nivel. El Comité de Salud se encarga de la participación ciudadana y contraloría social en el consultorio popular.

Por otra parte se crean los Consejos Territoriales de Salud. La Asamblea Popular Primaria, como ya expliqué anteriormente, elige un delegado o delegada para el Consejo Parroquial, este Consejo tendrá como miembros a una delegado o delegada por cada Asamblea Popular Primaria. Actualmente en nuestro país tenemos los Consejos Comunales, los cuales son mecanismos de organización que permiten tener definiciones muy precisas. Un Consejo Comunal se conforma a nivel urbano por doscientas o cuatrocientas familias y en las zonas rurales a

partir de diez familias. La Asamblea Popular Primaria es en cierta forma equivalentes a los Consejos Comunales, de hecho esta propuesta se hizo antes de que se creasen los Consejos Comunales.

Ahora que tenemos una Ley de Consejos Comunales podemos ir haciendo referencia de la Asamblea de ciudadanos y ciudadanas que forman los Consejos Comunales, lo cual perfectamente puede concatenarse con la Asamblea Popular Primaria y desde allí se nombra un representante al Consejo Parroquial, el cual tendrá tantas personas como parroquias existan en el Municipio. Desde ese Consejo Parroquial se nombran unos representantes para formar un Consejo Municipal y luego en ese Consejo se eligen representantes para un Consejo Estatal y estos a su vez nombran a un representante para el Consejo Nacional. Cada estado nombrará un representante para el Consejo Nacional.

Estos Consejos son los que van a monitorear cómo se encuentra la situación de salud en su ámbito territorial. Los Consejos Comunales son voceros de los Comités de Salud. Aquí va a tener mucha importancia la información que surja de los Comités de Salud, lo cuales deben tener la capacidad para recaudar la información en su área, sobre esa data se basará la información de todo el sistema de salud. De esa manera podemos tener la información en todo el país respecto a la situación de salud de todos los ciudadanos y ciudadanas. Esto es muy factible.

Una de las confrontaciones y discusiones más fuertes se han generado respecto al tema de la transición. En la transición se establece que en el sistema público nacional de salud, ahora con una estructura distinta, los institutos autónomos van a desaparecer. Quedarán entonces las Direcciones Estadales, pero para que se conforme este nuevo modelo debemos pasar por una transición en la cual todo lo relacionado al recurso humano, infraestructura, equipos pasará a estar bajo la responsabilidad del órgano rector y de las Unidades Estadales conjuntamente con las Comisiones Estadales para la transferencia de los centros de establecimientos en salud.

En el país se va a hacer un acopio de toda la situación de los recursos humanos a nivel nacional. Cómo están los trabajadores del sector salud, cuáles son sus condiciones laborales, etc. Actualmente existe un desorden total a nivel de recursos humanos, esto tiene que corregirse.

En la transición se establecen lapsos para llevar a cabo los preparativos correspondientes. La reestructuración administrativa y funcional del Ministerio es el primer paso. El Ministerio nos dice a nosotros que ellos ya están reestructurados y yo no veo la reestructuración por ningún lado. Eso no es lo

que querremos. Esta reestructuración la propuso la Procuraduría General de la República. Por otra parte los centros de atención médica tienen que ser transferidos bajo la responsabilidad de las Unidades Estadales y a nivel Nacional. Se crea una Comisión de Transferencia, también se desarrollarán las actividades preparatorias para transferir al personal. Debemos conocer al personal en todo el país y a partir de ahí corregir la gran cantidad de problemas que tenemos en ese sentido. También tienen que darse las actividades preparatorias para la transferencia de recursos financieros, de bienes muebles e inmuebles.

Cuáles son las recomendaciones para la creación del sistema:

- Considerar que debemos concebir la salud como un derecho humano fundamental elevado al más alto nivel.
- Tener concepción de Estado. El proceso de descentralización y fragmentación del país, donde cada quien hace lo que quiere, no resultó.
- Reconocer la atención primaria en salud como la base para el logro equitativo de salud integral y desarrollo humano, esto abarca lo relativo a promoción, prevención y todo lo que transversaliza la atención primaria en salud.
- Debe existir un compromiso político, el Estado debe asumir esta responsabilidad y llevarla a cabo.
- Recuperación de la rectoría.
- Un enfoque sistémico con atención universal integrada e integral, es decir, que de verdad exista un sistema público nacional de salud, porque lo que tenemos actualmente son servicios de salud no un sistema de salud.
- Debemos avanzar hacia servicios oportunos, eficientes, efectivos y de calidad, igualmente los servicios deben estar orientados hacia la familia y las comunidades no hacia lo individual.
- Acercar el poder de decisión a la población, esto se refiere a la participación y contraloría social. En esto se ha avanzado, pero aún falta mucho.
- Disponer de datos consistentes para la planificación y toma de decisiones, esto se refiere a la información. Si los bancos nos controlan de esta forma, debe ser más fácil controlar la salud a partir de datos.
- Recursos financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles.

Resumiendo:

- Creemos que a partir de la Ley se crea de verdad un sistema de salud, se fortalece el órgano rector y sus competencias.
- El sistema público nacional de salud se está asentando fundamentalmente en la promoción de la salud y calidad de vida.
- Se habla de la concepción de la donación presunta, un elemento que ha sido controversial, pero que se mantiene en la Ley.
- Se contempla la creación de cuatro niveles de atención integral bien definidos y articulados basados en la experiencia de la Misión Barrio Adentro.
- Se concede una alta relevancia a los trabajadores y trabajadoras del sector salud creando y desarrollando un sistema de incentivos económicos y no económicos. Esto ha sido motivo de discusión, pero lo mantenemos.
- Se privilegia el trabajo a tiempo completo y la dedicación exclusiva, se crea un sistema nacional de información en salud, se promueve la investigación y el desarrollo tecnológico en salud mediante políticas de formación permanentes del personal.
- Se crea la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías en Salud como la referencia de trabajos de estudios e investigación.
- Se construye un Sistema Nacional de Salud con alta participación ciudadana y control social, con un esquema que creemos se puede mejorar incluso con los Consejos Comunales.
- Se respeta el derecho de los pueblos indígenas a la medicina tradicional.
- Se estructura un Sistema Público Nacional de Salud fundamentado en la planificación, es importante planificar desde los niveles comunales, es vital que la población aprenda a planificar en salud, a establecer un orden de prioridades y diagnosticarse.
- Se establece una contraloría sanitaria fuerte, incluso hemos planteado que la contraloría sanitaria debe ser objeto de un servicio autónomo, porque allí se cobra por prestar el servicio.
- Se establece un período de transición progresivo y con mínimos traumas.



**ARMANDO DE NEGRI**

---

¿Cuántas personas aquí entre los/as asistentes han leído la propuesta de Ley? Esto representa una dificultad al a hora de hacer el debate porque obviamente Rafael tuvo que condensar muchas cosas y me parece que hay detalles realmente importantes.

En cierto momento compartí el ejercicio de elaborar esta Ley, en una versión anterior (año 2003) la cual después sufrió una serie de modificaciones, por lo tanto hay una marcha y contramarcha sobre algunas cosas muy importantes.

En primer lugar lo que siente de esta propuesta de Ley es que le falta alma. Hay una confusión doctrinaria en la misma y esta confusión, desde mi humilde evaluación, tiene que ver primeramente con una interpretación de la realidad. La situación de salud en Venezuela tiene un aspecto relevante positivo, el cual se construyó en el marco de una fuerte polaridad política, me refiero a Barrio Adentro y esta propuesta como Misión se constituye en una institucionalidad paralela a la institucionalidad en salud. Debido a esto Barrio Adentro se constituyó libre de una serie de problemas inherentes a los servicios y a la lógica del sistema de salud vigente todavía en Venezuela.

Obviamente el sistema de salud en Venezuela presenta una serie de problemas de origen, uno de ellos es el marco legal de la descentralización establecida en el período del presidente Rafael Caldera. Nosotros no podemos evaluar la descentralización a partir de los contratos de ese período porque la misma se lleva a cabo en el marco de una reforma neoliberal. No nos sirve.

Con la Constitución Bolivariana y con la posibilidad de una Ley -nuestra esperanza era que fuese una ley orgánica- se podría dar la anulación del marco de los convenios de la descentralización, estableciendo otra disciplina para la descentralización. Hay que reconocer que en este marco de confusión la centralidad del debate salud se desplazó hacia Barrio Adentro como institucionalidad paralela lo que quedó del otro lado, desde mi punto de vista, fue una discusión de bajo perfil que aún no ha ganado la sociedad. Esto representa un problema serio, puesto que es preciso leer las entrelíneas de la propuesta de Ley y hacer de ésta un debate de la sociedad.

En el marco de la institucionalidad vigente de la IV República cómo se da un debate complejo sobre la recentralización del sistema de salud. Cuando Rafael hablaba de la transición sin trauma yo digo que va a ser un trauma terrible, es una transición de mucha complejidad, en la cual todos los servicios de salud vuelven a la gestión del Ministerio de Salud. La única que debe estar contenta aquí es Asia Villegas porque no va a tener que incomodarse con nada relacionado a los problemas del sistema de salud en Caracas, porque todo pasa de vuelta al Ministerio, pero pasa con una reubicación de edificios, de equipamientos y personal con pasivos laborales. Imagínense el desorden que esto va a representar a nivel nacional, porque inmediatamente la acción sindical va a ser «yo quiero los mismos beneficios y la remuneración que se le da al mejor estado», si yo fuera líder sindical estaría contento, ya que en principio diría: «¿Quién gana más en el país? Queremos equiparación con ellos». Esto va a representar la poca pérdida de gobernabilidad que hay en el sistema de salud venezolano.

El problema es que esta re-centralización se da en un marco doctrinario de gente que piensa que nosotros resolvemos los problemas teniendo un único patrón de sistema. Creo que esa es la interpretación simplista de la complejidad del sistema de salud. Durante el período que estuve en el Ministerio de Salud de aquí, acompañando como asesor (años 2001-2003), siempre tuve algo muy claro: El contrato de la descentralización del período de Caldera no nos sirve, pero paradójicamente los estados que tenían mejor desempeño en salud eran los descentralizados. Ahí hay una contradicción. Los seis estados que estaban bajo la centralidad del Ministerio mostraban los peores desempeños. Entonces el tema no es la centralización, el problema es concebir un sistema nacional.

Aquí además creo que hay un conflicto de orden constitucional. El diputado presentó aquí que un principio constitucional es la descentralización, cómo es que ahora se va a recentralizar. Ahí hay un problema.

Yo tengo una visión de la descentralización como un sistema de doble filo. Hay una descentralización neoliberal, la cual no nos interesa y hay una descentralización revolucionaria en este contexto que permitiría un compromiso de los niveles nacionales, estatales y municipales, alrededor del compromiso de garantizar la salud con recursos y con capacidad de gestión. La propuesta que la Ley trae es una recentralización total, donde las autoridades estatales de salud pasan a ser nombradas por el Ministerio.

Otro aspecto que me llama la atención es que la Constitución ya habla de responsabilidad de los municipios en la atención primaria. Esto también queda distorsionado, ya no es así como está contemplado en la propuesta de Ley si se mira con atención el texto. Creo que esto representa un problema grave en cuanto a que hay una fractura doctrinaria, una fragilidad, porque mirando el texto me doy cuenta de que varias cosas que nosotros trabajamos: conceptos, estrategia promocional en calidad de vida y salud, el tema de la equidad, están, pero ya no con la fuerza que deberían estar. Queda como una colcha de parches, tal como decía al principio: le falta alma. A mí esto me preocupa.

Por otra parte la reestructuración del Ministerio es una tarea bien compleja, puesto que se está hablando de recentralizar una estructura institucional en ruinas. El problema es que hay un desbalance entre la capacidad de gestión del Ministerio y la capacidad de varios estados y municipios que están más organizados. Entonces es como hacer una apuesta a la ingobernabilidad. Yo creo que esa propuesta de Ley la hizo la oposición. El problema es la contradicción sobre el principio constitucional y la lógica de la gobernabilidad.

Para preocuparme aún más está el problema de la participación social. La arquitectura de la participación social es caótica. Hay un detalle importante: el Consejo Nacional de Salud y el Consejo Estatal de Salud no tienen la participación de las comunidades de forma clara y directa. ¿Dónde está? Yo estuve buscando, leyendo atentamente. Lo que podría considerarse participación, a partir de representantes de la sociedad, cuenta con un representante de los sindicatos de salud, un representante de la central de trabajadores y trabajadoras, un representante de las comunidades indígenas -donde las haya-, un representante del Ministerio de Participación. Salvo que hubiese otra versión de la propuesta de Ley yo no vi a nadie más; nadie más fue invitado a esta fiesta y lo peor es que estos Consejos tienen carácter consultivo y no pueden deliberar la política, esto último lo hace el Ejecutivo. Es decir, se contempla todo lo que no es hoy una política de participación

social, cuando justamente el Estado venezolano descentraliza radicalmente los Consejos Comunales, establece incluso la asignación de recursos a los Bancos Comunales, esta Ley anda en contramarcha.

Esta recentralización es un atentado contra la democracia directa, siendo esta la característica de la gestión actual de este país en el marco de todo lo que es el cambio de institucionalidad. Para mí esta Ley está fuera de contexto nacional, tiene una debilidad doctrinaria terrible desde el punto de vista sanitario. El concepto de salud aquí es caótico.

En la Ley hay una serie de principios que tomados aisladamente estamos todos de acuerdo con ellos, pero cuando vemos la formulación es -como decimos en nuestro país- una samba del criollo loco. Ahí se mezcla todo sin jerarquía de conceptos. Pienso que esto debería ser mirado con cuidado.

La impresión que me da es que cada cual que fue llegando a este debate le fue agregando elementos a la Ley y quedaron unos parches sin jerarquía conceptual. Eso me parece grave. El concepto de salud queda oscuro. Podemos estar de acuerdo con todos los elementos, pero están desordenados en el texto de la Ley.

Hay algo que el diputado no destacó que es la relevancia pública de la salud y el hecho de que otros sectores no pueden promover políticas de estrategia que puedan repercutir relativamente en la salud. El ente rector, a través de la ejecución de políticas públicas en distintos ámbitos, debe procurar fortalecer la calidad de vida y la salud. Eso está en el texto, pero está perdido dentro del mismo. Esto significa que si nosotros/as vamos a un texto que es poco claro en cosas tan importantes como la relevancia constitucional, la jerarquía de mirar la calidad de vida y la salud como elemento ordenador de las otras esferas de la política pública, la Ley por no tener una vertebración doctrinaria pierde potencia.

Por otra parte está la confusión permanente entre el régimen de seguridad social y el tema de la salud. Estamos de acuerdo, conceptualmente, en que la salud es uno de los elementos fundamentales de la seguridad social, pero el problema es que este texto traduce una doctrina de segurismo y cae en trampas. Estamos hablando de un sistema universal donde el financiamiento no debe depender de la contribución a la seguridad social, pero al mismo tiempo generamos mecanismos vinculados a un régimen prestacional en salud dentro del campo de la seguridad social. Para mí aquí hay una contradicción.

Una versión anterior de esta Ley traía la idea de un Instituto Nacional vinculado a la seguridad social, eso felizmente desapareció, porque eso representaba la muerte para el Ministerio de Salud, se trataba de una transición de diez años, el tiempo para el velorio y la sepultura del Ministerio; pero ahora hay una confusión en la estructura de los fondos. Se habla de gratuidad, lo cual me parece absurdo, no es necesario hablar de gratuidad, eso está en la Constitución, un sistema universal es por definición gratuito y si es integral y equitativo no es necesario decir que es gratuito; pero cuando entra el tema de que una de las fuentes de contribución es la de la seguridad social se abre en el texto la lógica de un régimen prestacional. Creo que la Ley de Salud debe plantear un referente distinto, puesto que los mecanismos de protección social, las pensiones, jubilaciones, no son la misma cosa que la atención a la condición de salud en general. Se trata de cosas distintas. Creo que aquí hay una falla que deberíamos mirar con más cuidado.

En síntesis yo he sentido dolor por ver que lo que hicimos hace un tiempo está peor ahora. Estoy absolutamente convencido de que no somos dueños de la verdad, por lo tanto lo que hacemos puede mejorar, pero ¿trabajar todos estos años para empeorar? Seguramente lo que sucede es que hay grupos de intereses y presión que estuvieron trabajando para meter su lógica en este texto. El resultado es la criatura de Frankenstein, lo cual es muy peligroso. Yo siempre mido la oportunidad histórica por las potencialidades, es decir, este país tiene la oportunidad histórica quizás de tener el mejor sistema de salud pública del mundo ¿por qué no? ¿y se va a entrapar en una Ley que no tiene salida? porque esta transición sin traumas va a ser un desastre.

Yo que últimamente he estado en los hospitales, he conversado con los trabajadores, puedo decir que la situación en salud es terrible. De un lado está funcionando Barrio Adentro con los límites de ser un sistema paralelo que no logra soluciones totales, pero en el momento en que entramos a la institucionalidad global lo que veo es al Estado venezolano financiando la iniciativa privada para prestar servicio público pagando a precios del mercado y en esta Ley no hay mecanismos que reglamenten claramente la compra de servicios al mercado privado. Esto va a seguir existiendo por un buen tiempo, no hay ningún problema en hacerlo, pero debe hacerse dentro del marco del derecho público. No conozco un empresario de la salud en Venezuela que no esté contento con este gobierno porque se compra servicio a precio de mercado. En mi país el sistema público nacional compra servicios a los privados con contratos públicos, bajo el derecho público, con precios establecidos con el Estado y no por el mercado. Estas cosas hay que discutir.

Espero que esta sea una oportunidad para que cada uno de los presentes se ponga en serio a estudiar esto y puedan abrirse debates. Esta Ley amerita un debate fuerte. Lo que más me preocupa es que la Ley establezca un contrasentido con muchos de los procesos sociales que están en curso y por ende, la Ley termine transformándose en un obstáculo.

A pesar de mi énfasis espero que esto sea entendido como un aporte serio a este debate porque me parece que no podemos desaprovechar la oportunidad histórica que estamos viviendo.



**Absalóm Méndez**

---

Se me invitó a comentar la exposición que hizo el Dr. Ríos, pero la intervención de Armando es verdaderamente una provocación para abrir un debate desde ya con la serie de planteamientos y afirmaciones categóricas que ha hecho, las cuales en algunos casos no se corresponden con la realidad. Hoy día en Venezuela no se pueden colocar las cosas en blanco y negro, tampoco es pertinente esa separación -y mucho menos en materia de salud- entre la IV y la V República. No. Venezuela en materia de salud tiene una historia importante que ha dado lecciones incluso al mundo latinoamericano y en general a todos los países, de manera tal que yo por respeto al Dr. Ríos me voy a circunscribir a comentar la Ley, pero estaría ganando Armando a discutir con usted cada una de las afirmaciones que ha hecho sobre el tema de la salud, de la seguridad social, sobre quién hizo la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS), quién trabajó inicialmente en el tema de la salud, cuál es la concepción que tenemos en materia de salud y qué quisiéramos que fuera en Venezuela el sistema de salud, pero repito: por respeto al Dr. Ríos me voy a referir a algunos comentarios de la Ley con el ánimo de que en algún momento puedan ser analizados, discutidos e incorporados en la misma.

No hay ninguna duda para quienes hemos estado involucrados en este proceso de que la presencia del sector salud en la configuración de la seguridad social

tiene un peso importante. Cuando se estaba elaborando la Constitución de la República yo fui partícipe de cómo debía estar en ella el tema de la seguridad social y el tema de la salud. No cabe duda de que efectivamente hay allí contradicciones, pero en esa pugna del momento triunfó la noción sistémica de la seguridad social en cuyo caso la salud pasó a ser un componente importante, fundamental, de una concepción amplísima de la seguridad social recogida en el Artículo 86. Y por eso este artículo, como bien lo afirmó el Dr. Ríos, es sumamente claro, preciso, y hay que saber leerlo. El Artículo 86 contempla que el Estado garantiza el derecho a la salud y protege a la población ante una serie de contingencias, como es el caso de las enfermedades, accidentes, etc. Por lo tanto no hay ninguna duda de que hay una concepción de la salud y hay una concepción securista de aquello que, dentro de la concepción de salud, es susceptible de aseguramiento.

De manera tal que la contradicción que aparece en la Constitución se refiere a que cuando en el Artículo 83 se consagra el derecho a la salud, se dice que es el derecho a la salud como parte del derecho a la vida y cuando en el Artículo 84 el Estado asume la responsabilidad de garantizarla a través de la creación y puesta en marcha de un sistema público nacional de salud. Eso fue lo que obligó a que nosotrosuviésemos que definir, en la LOSS, que estábamos en presencia de un sistema de sistemas, porque ya la Constitución al hablar del sistema de seguridad social anteriormente había configurado a la salud también como un sistema y, anteriormente, también había configurado a la vivienda como un sistema. Esa es la razón por la cual se define que el sistema de seguridad social es un sistema de sistemas y regímenes prestacionales.

El nombre correcto es, para ser coherente con la LOSS, Ley del Régimen Prestacional de Salud, no es una Ley del Sistema Público Nacional de Salud, sino una Ley del Régimen Prestacional de Salud como un componente del sistema de seguridad social, pero indudablemente que tenemos grupos que ejercen presión independientemente de donde estén ubicados, y a esta Ley se le ha querido dar carácter orgánico ¿por qué? porque siendo una Ley de igual rango con la LOSS puede caminar por sus fueros, como en efecto en la práctica lo está haciendo, puesto que no hay duda alguna de que el sistema de seguridad social antes de nacer se ha desestructurado, se ha desestigmatizado, debido a que cada quien ya montó tienda aparte. ¿Quién va a volver a recoger esas aguas? Nadie. Vivienda y hábitat se fue por sus fueros, igualmente salud se fue por sus fueros y seguirá por los mismos, por ende, lo que está quedando -y esto es importante que en algún momento lo estudien- es la reforma reciente que se ha hecho de la administración

pública nacional. El día 22 de junio salió publicado en Gaceta Oficial el decreto que reforma a la administración pública nacional y allí claramente se aprecia que la rectoría del sistema de seguridad social se le asigna al Ministerio del Trabajo. No se enuncia en esa reforma que dicho Ministerio sea el ente rector del sistema de seguridad social, mas sí se advierte cuando se establece la competencia en materia de salud que el Ministerio de Salud es el ente rector del régimen prestacional de salud y cuando se va a vivienda se advierte que el Ministerio de Vivienda y Hábitat es el ente rector del régimen prestacional de vivienda y hábitat. En esa misma Gaceta se publica el Reglamento Orgánico del Ministerio del Trabajo y a partir de esa fecha este pasa a llamarse Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social, con lo cual, a mi entender, el mismo recobra la denominación que se le dio en la reforma de la seguridad social de 1997, es decir, que a todo evento hoy tendríamos que considerar a ese Ministerio como el ente rector del sistema de seguridad contemplado en la Constitución de la República y en la LOSSS.

Otro aspecto que es importante señalar con relación a la Ley es la propia definición de salud, coincido allí con Armando, pues se trata de una materia que es necesario examinar con detenimiento. Yo soy de las personas que hoy día cree que en materia de derechos humanos y en el caso particular de salud debe precisarse muy bien su contenido. ¿Qué aspectos son susceptibles de ser garantizados como derecho y qué aspectos no lo son? Ahí está el caso de la gratuidad, no se trata de que tenga o no tenga que decirse ni que en un sistema universal la salud sea gratuita por definición. No, la salud no es gratuita por definición en ninguna parte del mundo, concíbese como se conciba. La salud tiene un costo y alguien tiene que pagarlo. O se paga mediante contribución directa o se paga mediante contribución indirecta, pero los programas de salud en términos generales, así como la seguridad social, tienen un costo y el mismo lo paga la población de forma directa o indirecta.

En el contenido de la Ley aparece la materia relacionada con el financiamiento, el proyecto de Ley optó por un camino relativamente fácil y es que redujo la noción de financiamiento al no pago directo en el momento de la prestación del servicio, por ende, lo que es gratuito, en los términos que se vienen analizando, es que usted al momento de recibir el servicio no paga, pero eso no significa que no haya pagado antes o que no tenga que pagar después, en cuyo caso la prestación de los servicios de salud deja de ser gratuita.

Otro tema que me parece importante destacar es que las leyes en Venezuela ya parecieran poemas o esbozos de políticas públicas -esta es un crítica que hago a

los proyectos de Ley que últimamente están saliendo de la Asamblea Nacional sin ningún contenido normativo, es decir, en esas leyes nadie se muestra obligado a su cumplimiento, porque se trata de una política: «el Estado hará», «el Estado deberá hacer», pero en ninguna parte hay contenido normativo. En este proyecto de Ley, en el artículo referente a los niveles estatales y municipales de salud, así como a las competencias, se dice, por ejemplo, cosas como estas: «instar a la Defensoría del Pueblo en caso de violación al derecho a la salud», es decir, el Estado contra el Estado. Yo voy a llamar a una instancia del Estado para que intente acciones contra otra instancia del Estado por la violación del derecho a la salud. Inmediatamente se dice: «instar al Ministerio Público en caso de delitos en los establecimientos de salud» ¿Y esa no es la función del Ministerio Público? Yo no creo que haya que instarlo en materias que le son inherentes a su competencia. En la parte que se refiere a las competencias municipales aparecen disposiciones como las siguientes: «velar por la nutrición» ¿qué significa esto? ¿qué contenido normativo hay allí? ¿a quién se está obligando y qué es la nutrición? ¿cuál es el contenido que puede ser exigido o demandado allí? Por otra parte: «evitar los condicionamientos sociales de las enfermedades mentales» ¿qué es eso de evitar los condicionamientos sociales? También está: «hacer el seguimiento de las condiciones de salud de las personas que no tengan una vivienda digna, empleo o recursos necesarios para sufragar sus necesidades» ¿ustedes saben lo que significa hacer el seguimiento de más de la mitad de la población? Son normas que realmente no tienen ningún contenido interactivo y eso lo que hace es alargar innecesariamente una Ley que va a resultar cansona, que no se va a leer y que efectivamente va a pasar desapercibida en la población.

Por otra parte yo creo que en Venezuela estamos haciendo demagogia, estamos exagerando hasta más no poder la noción de participación. No se trata solamente de lo enunciado por el Dr. Ríos, sino de lo que está en el proyecto de Ley en materia de instancias de participación de la población, lo cual va a terminar no funcionando. Aquí hay comités de participación en donde está toda la población, en donde hay catorce o dieciséis representantes. Se le olvidó a Armando decir que donde está la representación de la organización sindical también está la representación de los empresarios afiliados en entidades. Y así sucesivamente se van incorporando representantes y el resultado va a ser que esas instancias no puedan funcionar o que las mismas se conviertan en obstáculos para el funcionamiento de las instituciones de salud o simplemente tal vez no sean tomadas en cuenta, como recientemente ocurrió con una comunidad que exigió la destitución de un director de hospital y la respuesta del gobierno fue colocar

límite a la participación, señalando que la comunidad no podía exigir la destitución de un director de un hospital. Entonces estamos abusando realmente de la noción de participación. Pienso que deberíamos crear instancias mucho más ágiles, mucho más flexibles, que permitan su funcionamiento real y no hacer de la participación algo ficticio en vez de convertirla en una participación real y efectiva.

Por otro lado está el tema de la transición, en el cual coincido con Armando. En este tema nosotros hemos hecho hincapié y al Dr. Ríos le consta. La transición en materia de seguridad social y particularmente en materia de salud debe ser no traumática, realizada por fases, por etapas, de manera tal que cuando tengamos un servicio que sustituya en calidad y cantidad a otro se le cierren las puertas al primero para abrir las del segundo. La conformación del sector salud en Venezuela es sumamente compleja. Creo que la integración de las instituciones y programas de salud debe darse con sumo cuidado para que la liquidación de esas instituciones no genere mayores obstáculos o dificultades. Les voy a colocar el ejemplo de cómo se plantea el tema de la transición en los regímenes especiales de salud del sector público, dice: «los afiliados a los regímenes especiales de salud del sector público podrán decidir en Asamblea», eso ya significa que un régimen de salud que agrupe a veinte mil o treinta mil personas debe convocar a esas personas a una Asamblea. Habría que preguntarle al foro qué existe en Venezuela para reunir a treinta mil personas distribuidas en todo el país. Continúo:

«que reúna a la mayoría de los afiliados la continuación de dicho régimen mediante su financiamiento sin aporte de las instituciones públicas en cuyo caso podrán desafiliarse quienes así lo deseen y manifiesten, a partir del momento en que se produzca la decisión de la Asamblea referida al régimen especial en cuestión no podrá recibir en lo sucesivo aporte alguno de institución del sector público.»

¿Cómo vamos a someter la existencia o no de un régimen preexistente en materia de salud a que sean los afiliados, reunidos en Asamblea, quienes digan si quieren o no quieren seguir recibiendo financiamiento público, y que una mayoría decida que debe acabarse con ese servicio público y se terminó la fiesta? ¿Quién le va a garantizar la prestación del servicio a esa población que la ha venido recibiendo hasta ese momento?



**MARÍA ELENA RODRÍGUEZ**

Frente a la polémica planteada por Armando y la visión que nos presenta el Dr. Absalóm, ciertamente este proyecto de Ley cuenta con un nudo crítico que merece ser evaluado y solventado previo a su aprobación y promulgación en la Asamblea Nacional. Cuando uno revisa los artículos 83, 84 y 85 de la Constitución, encontramos que la salud está normada como un derecho social fundamental, es decir, un derecho que se encuentra entrelazado con el derecho a la vida y vida, entendida también como calidad de vida, cuya realización debe tener primacía para el Estado venezolano. Asimismo, estas normas disponen sobre la creación de un Sistema Público Nacional de Salud único, definido como universal, intersectorial, descentralizado, participativo e integrado a la seguridad social. Como bien señaló Armando, el carácter universal de este sistema de salud implica que debe estar pensado para todos y todas sin distinción alguna, donde el Estado además asume la obligación expresa de un financiamiento suficiente que asegure cumplir con los objetivos de la política sanitaria.

A mí también me inquieta cuando escucho al Dr. Absalóm hacer referencia a que el título de esta Ley debería ser Ley del Régimen Prestacional de Salud. Ahí realmente entramos en una contradicción fundada en visiones distintas: Quienes tienen formación en seguridad social siguen viendo la salud como una prestación ante una contingencia. En tanto que, quienes tienen formación en salud pública

ven la salud en términos algo más integrales: más que el derecho a una prestación frente a determinadas contingencias, salud es un derecho universal vinculado a la asistencia de la salud y a otros factores determinantes de la salud y calidad de vida. Yo, que tengo formación en derechos humanos, veo el tema desde ese ámbito. A mi entender, el sistema público de salud que se cree debe asegurar el disfrute del derecho a la salud y calidad de vida en términos de universalidad, equidad, solidaridad, gratuidad, integralidad y progresividad. Para cumplir con estos postulados, el sistema debe ser público, universal, descentralizado e intersectorial. Por lo tanto, la discusión sobre cómo el Sistema Público Nacional de Salud está integrado al Sistema de la Seguridad Social (como sistema universal ó como sistema prestacional) es una discusión que hay que abrir al debate e invito al diputado Ríos, para que la Asamblea Nacional realice un esfuerzo mayor en difundir los contenidos de esta propuesta de Ley y sobretodo ofrecer argumentos que inviten el debate público. Ya que hay un desconocimiento absoluto al respecto.

Desde la perspectiva de los derechos humanos el Sistema Público de Salud debe comprender el derecho a la salud en forma integral: la salud como calidad de vida, como bienestar social y como acceso a servicios de salud. Tal como está consagrado en los artículos 83 y 84 de la Constitución. Sin embargo, cuando nos vamos al artículo 86 la salud esta concebida como una prestación dentro de un conjunto de contingencias muy específicas que dejan por fuera la noción integral de la salud.

Como investigadora del derecho a la salud del Informe Anual de Provea relativo a la situación de los derechos humanos en Venezuela, puede decirles que llevo cinco años revisando versiones de proyectos de ley de salud distintas y en todas las versiones hemos encontrado contradicciones grandes en torno a: ¿cómo se organizar y funciona el nuevo sistema de salud?, ¿cómo se está entendiendo la salud?, ¿cómo un derecho con vida propia o cómo una prestación parte del sistema de seguridad social?, ¿cómo se plantea la transición? Todo eso implica concepciones y abordajes distintos que evidencian un nudo crítico respecto al cual la Asamblea Nacional tiene responsabilidades concretas. Como señale antes, es importante abrir al debate público estos problemas presentes en el proyecto de Ley de Salud. No me queda claro si la solución sea que se dicte una Ley del Régimen Prestacional de Salud -que ciertamente contradice el espíritu constitucional- o qué pensemos en construir un Sistema Público de Salud integrado a la Seguridad Social, como sistema universal y no bajo una visión prestacional.

Entre los aspectos positivos encontrados en esta nueva versión de proyecto de Ley (noviembre de 2005), me alegró que la propuesta de crear un Instituto Nacional de Salud fuera eliminada, pues le quitaba rectoría al Ministerio de Salud que es el órgano del Estado nacional con competencia en materia de salud.

Asimismo, resulta positivo el desarrollo normativo que hay sobre la visión integral de la salud. A mi entender revela una voluntad institucional de concretar en políticas, programas y acciones la visión integral del derecho a la salud. A la par de los parámetros internacionales de protección de los derechos humanos que conciben la salud como el derecho al disfrute del estado de bienestar físico, mental y social, superando la concepción puramente asistencial e incorporando la de integralidad e interdependencia con otros derechos.

El Sistema Público de Salud previsto está conformado por redes, junto con la red y niveles de atención a la salud se encuentra la red de promoción en salud que otorga relevancia a otras esferas de salud relacionadas más con la calidad de vida y estado de bienestar. La red de promoción de la salud comprende: el diseño, ejecución y desarrollo de una estrategia promocional de calidad de vida de vida y salud que integra una gama de acciones orientadas a crear impacto en las causas generadoras la mala calidad de vida y por ende, mala salud. Entre las cuales, encontramos: educación para la calidad de vida y salud; prevención de las enfermedades, accidentes y discapacidades; política contra accidentes viales; política de donación de órganos, trasplante de órganos, manejo de sangre y sus derivados; política para una salud sexual y reproductiva responsable y sin riesgos, política de inmunizaciones, política de prevención y control de la violencia en todas sus formas, incluida la violencia intrafamiliar y sexual; política de salud ambiental; política de rehabilitación integral con base comunitaria; política de salud mental; política de reducción de los efectos de los desastres (naturales, tecnológicos y/o conflictos sociales) en la salud; política nutricional, política de higiene en los alimentos, medicamentos, cosméticos reactivos con fines de diagnósticos y tratamiento ó productos de consumo humano y; política de seguridad de acceso y uso correcto de los medicamentos.

La red de atención a la salud, por su parte, contempla tres niveles de asistencia interrelacionados e interdependientes, bajo un sistema de referencias y contrarreferencias del paciente que de contar con una gestión institucional coordinada y adecuada, esperamos contribuya a reducir el funcionamiento colapsado de la red pública asistencial existente.

Igualmente, saludamos la creación y desarrollo de un sistema nacional de información en salud que favorezca la desagregación de la información con base en los requerimientos, necesidades y particularidades de las instituciones del Sistema Público de Salud. Ahora bien, es igualmente importante que se consideren las particularidades y necesidades (sociales, ambientales, culturales y de salud) de todos y todas sin discriminación alguna y en especial, con criterios de equidad. Creemos que el sistema nacional de información en salud debe hacer foco principalmente en los titulares del derecho a la salud de cara a las obligaciones a cargo del Estado, con criterios de universalidad y equidad. Orientada la equidad hacia la reducción de las desigualdades que generan impacto en la calidad de vida y salud de las personas.

Hago referencia a estos aspectos, porque no todo en esta propuesta de ley es malo pero ciertamente, como señaló Armando, han pasado 5 años y persiste la mora procesal sin que todavía haya claridad sobre el Sistema Público Nacional de Salud que queremos. Vale compartir con Ustedes que desde el 2001 Provea viene haciendo seguimiento a los distintos proyectos de Ley en salud considerados en la Asamblea Nacional y en todas sus versiones, persisten problemas no solventados en torno a la concepción, organización, funcionamiento y fase de transición al nuevo Sistema.

Esta última versión propone una modalidad de gestión centralizada en el Ministerio con competencia en Salud, que plantea la reversión del proceso de descentralización político-territorial avanzado en el sector. Esta propuesta de re-centralización de las funciones y fines del Sistema Público Nacional de Salud en cabeza del Ministerio con competencia en salud además de generarnos inquietudes en cuanto a su viabilidad y eficacia, es contraria a la Constitución (artículo 84).

Cabe advertir que la re-centralización política se plantea en un escenario complejo de transferencia del personal, recursos, bienes y establecimientos de salud administrados por las gobernaciones y alcaldías hacia el Ministerio, a la par de la transferencia necesaria de los establecimientos de salud dependientes de los regímenes especiales existentes en el sector público de salud. Igualmente, inquieta que esta propuesta de re-centralización política del sector contribuya a crear una institucionalidad más burocrática y menos funcional de la existente que, además va asumir funciones no compatibles, como son el ejercicio de la rectoría institucional del Sistema a la par de la gestión y control de los bienes, servicios y establecimientos públicos de salud.

Por otro lado, quería advertir que salvo las dos primeras versiones de proyecto de ley de salud, ésta ni las anteriores cuentan con un desarrollo normativo de los principios rectores del Sistema. Los principios son los ejes y bases del Sistema que orientan su desarrollo normativo y permiten hacer una interpretación coherente de sus normas, por lo que es importante su definición expresa en el texto de la Ley.

En cuanto a la participación y control social en salud, debo advertir sobre el énfasis marcado y persistente que hay en torno a una participación centrada en el desarrollo de actividades de apoyo y contraloría social sobre los establecimientos de salud. Esta norma resulta limitativa del rol de las comunidades y organizaciones sociales para la participación y control social de la salud desde una visión integral de la salud. Lo cual resulta contradictorio con la noción de salud desarrollada en este proyecto de ley



## Intervención de Asia Villegas

Yo creo que este es un panel de lujo que no debe desaprovecharse. Hablo como alguien que saltó de la defensa a la garantía del derecho sin ninguna pretensión, porque lo que me siento es conserje de catorce ranchos con tecnología de punta. Y más que la garante del derecho a la salud de 4,5 millones de habitantes, me siento la patrona -en el término más despectivo posible- de veintiséis mil personas.

La Secretaría de Salud no es ninguna instancia que haga posible el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Es más bien una instancia burocrática secuestrada en su función principal como lo es la defensa del derecho y no puedo irme sin decirlo. Quisiera que ustedes pudiesen escuchar a los veinticuatro directores regionales de salud con la dinámica y la lógica perversa del diarismo. ¿Cómo podemos apartarnos de ese diarismo para pensar la transformación del sistema?

Rafael, aquí no hay reforma posible al estilo brasilero y entiendo que la experiencia en Brasil fue exitosa desde la historia del Brasil y desde un proceso de reforma dentro del marco de un Estado. Aquí nos estamos reinventando como Estado y ante un nuevo Estado surge una nueva institucionalidad con una nueva lógica, bajo un nuevo paradigma, no puede darse de otra forma.

O aquí empezamos a hablar realmente de soberanía y emancipación de la salud o seguimos con reformas que perpetúen los intereses de las grandes trasnacionales de la industria químico-farmacéutica, de la gran trasnacional de la tecnología médica y de los pequeños y miserables intereses de las corruptelas de nuestros funcionarios y funcionarias y sus voceros de los laboratorios. Ese es el punto de discusión fundamental.

Profesor Absalón, respecto a la lógica de los convenios de transferencia le digo que no podemos seguir bajo esa lógica, la cual abría espacios para los procesos de privatización y creaban los fondos de recuperación. Maniqueístamente se ha planteado en los medios la discusión sobre si se trata de un problema de centralización o descentralización. Han mediatizado de forma reduccionista la discusión, colocándola bajo esos términos, y ese no es el problema sustantivo del nuevo sistema de salud.

Luego está el punto de si la salud se paga antes o después. Nosotros tenemos cuarenta años de historia pagándola porque la deuda externa pagó la salud de

todos los excluidos y desempleados y desempleadas que no tienen capacidad de ser contribuyentes. De hecho nos tienen que dar vuelta durante largos siglos.

Por otra parte sí creo que debe normarse la Defensoría del Pueblo, porque si no está en la Ley de la Defensoría, tiene que estar en la Ley de Salud y la determinación de la responsabilidad administrativa del Estado, incluso, ante los casos de mala praxis médica con responsabilidad individual sobre el médico o la médica. Pero, si esto ocurre bajo el techo del Estado, nosotros, los funcionarios(as) públicos(as) de turno, somos tan responsables por omisión o acción en esos actos y otros tantos más. No se trata de «instar». La discusión debe ir más allá. Debe establecerse una penalidad o sanción en caso de que la Defensoría o el Ministerio Público no asuman su rol, porque la impunidad del gremio médico y de otros gremios se la debemos al Ministerio Público, no sólo al sistema de justicia.

Armando, Barrio Adentro no es un sistema paralelo, sino que es el sistema emergente de salud, paralelo es el sistema privado que se «chuleó» al Estado y se lo sigue chuleando -disculpen si el término les parece soez- porque vive y parasita de lo público con un discurso descalificador. No sólo me refiero a las pólizas, sino a otras formas más y a todo eso que pagamos cuando no podemos dar respuesta desde lo público. Por lo tanto aquí hay un sistema paralelo, un sistema emergente y un proceso constituyente donde lo previamente constituido se niega a morir. Ese bacalao que traemos a rastras está vivo y conspirando contra un nuevo sistema que sea realmente garante de la gratuidad, de la universalidad y de los otros principios rectores.

Profesor Absalón hay procesos de participación en los cuales me gustaría que nos acompañara. En este momento tenemos un proceso de intervención del ambulatorio «Fernández Morán» en Macarao. Se trata de un proceso inédito, con desaciertos, pero también con muchos aciertos. La participación ciudadana no puede ser un problema de escenografía, de franelas y boinas rojas en una sala, tiene que darse de manera efectiva, como por ejemplo que la gente sepa cuánto compramos, a cómo compramos y cuánto dinero nos dieron. Esa es la verdadera participación, la cual debe darse en las instancias decisorias, no en un asambleísmo ramplón y manipulado. Si yo me monto ahora en una Asamblea de veintiséis mil trabajadores y trabajadoras del sector salud salimos aplazados. Bajo los nuevos modelos se van a perpetuar los sindicatos de práctica perversa con las cuales tienen trancadas las posibles tomas de decisiones que revoquen los espacios de poder en donde ellos mismos se mueven.

## Preguntas



### Rafael Ríos

Primero debo decir que estamos estableciendo un mecanismo de consulta. Lo que pretendemos es que un documento de consulta se envíe a los gremios, a los entes, a las instituciones públicas, etc. y, posteriormente, hacer parlamentarismo social en la calle, esa es una de las prácticas que hemos llevado a cabo durante el transcurso de este año. Eso se va a someter a consulta. Estamos intentando llevar a cabo un mecanismo algo distinto, es decir, si tenemos el documento de consulta lo enviamos a instituciones, organismos, gremios, etc., para que ellos lo vean, lo revisen e incluso mediante un formato puedan discutirlo en su ámbito, con la comunidad, con quien quieran y con quien puedan. Posteriormente se abre la consulta, pero ya tienen el documento a mano, lo han discutido, analizado y tienen una visión de lo que es el proyecto de Ley. Todo esto para no caer en aquello de llegar el mismo día y recibir de una vez el formato para la consulta o la encuesta. Eso queremos mejorarlo.

- *Si una persona llega a un hospital de nivel III, con una necesidad incluida dentro de los niveles I y II ¿esa persona será referida a los servicios de esos niveles o lo atenderán en dicho hospital?*

Se atiende en el hospital de nivel III, allí tiene que haber atención de emergencias las 24 horas del día. Lo que no se pueda resolver ahí se refiere al nivel IV, que son los hospitales de referencia nacional e internacional.

- *¿A qué se refiere con la donación presunta?*

Si se establece en la Ley que si una persona con una patología específica que permita la donación de un órgano, como por ejemplo un paciente que presente un cuadro de muerte cerebral puede donar órganos. Si esa persona no ha

especificado en ningún documento algún señalamiento de que él o ella no dona órganos, se estima que esa persona es donante potencial, que tiene la voluntad de donar. En la Ley se establece que existirán mecanismos mediante los cuales las personas pueden expresar esa voluntad, se prevé incluso que en la cédula de identidad pueda haber un aparte donde diga si la persona es donante de órganos. Incluso, una persona puede escribir a mano que no tiene voluntad de donar. Lo más importante es que si no hay ningún señalamiento que exprese la negativa de esa persona a donar se le considerará como donante potencial. Todos somos donantes potenciales mientras no señalamos lo contrario.

- *¿Al promulgar la Ley desaparecerá la figura del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), Sanidad y el Instituto de Prevención y Asistencia Social para el personal del Ministerio de Educación y Deportes (IPASME)? ¿Todos estarían regidos por el Ministerio de Salud?*

Ya la LOSSS establece el destino del IVSS, ahí se establece que ese instituto luego de cinco años de la entrada en vigencia de la LOSSS quedará eliminado. Eso se cumple en el año 2007. Desaparecerá para dar paso al nuevo sistema de seguridad social. El sistema de salud estará bajo la rectoría del Ministerio con competencia en materia de salud. Se está trabajando sobre el asunto del IPASME. Algunos señalan que el IPASME es un régimen especial y que como tal, debe ser tratado a través de una comisión especial que se encargue de evaluar todos los regímenes especiales en salud, puesto que todos ellos deben ser susceptibles de ser evaluados. Aquí debe tomarse en cuenta a los afiliados a cada uno de esos regímenes para lo que es la transición de los regímenes especiales en salud al nuevo sistema público nacional de salud; se cuenta con diez años para ello. Incluso respecto a los HCM %tema que en un momento determinado llegó a estar incluido en la Ley% se señalaba que en diez años estos debían estar liquidados, se estimaba que en diez años el sistema público de salud debe estar en mejores condiciones para que los trabajadores y trabajadoras puedan asumir que no es necesario exigir el HCM puesto que cuentan con un sistema público nacional de salud de calidad; pero ante algunas reservas se eliminó ese punto de la Ley en términos de tiempo. Se supone que en el futuro el sistema público nacional de salud, en la medida en que mejore y se convierta en un sistema de alta calidad, los HCM no serán necesarios.

En una transición podemos comparar servicios de salud, no lo dice la Ley, pero el hecho es que ésta exige el cumplimiento del derecho y el Estado dispondrá de los mecanismos para ello. Gran parte del presupuesto nacional de va en HCM y eso incluso afecta el presupuesto de los hospitales públicos y los ambulatorios,

puesto que en ese caso hay que ser puntuales ya que obedecen a convenciones colectivas, esto crea una gran presión sobre el presupuesto de los hospitales y ambulatorios, tanto así que un trabajo realizado por el IESA señala que el presupuesto para los hospitales y ambulatorios del sector público ha ido disminuyendo mientras que el destinado al HCM ha ido aumentando. Nosotros aspiramos que en el futuro podamos ir desmontando los HCM.

De hecho en el estado Bolívar el costo por HCM está por encima de 250 millardos de bolívares al año para los trabajadores de las empresas de CVG. Los mismos trabajadores están de acuerdo con que esto se revierta porque saben que el asunto del HCM es una ilusión óptica, los beneficios son limitados, lo cual no ocurriría en el sistema público nacional de salud

- *¿Se tiene prevista la construcción de nuevos centros médicos en cada estado que cumplan con las características de cada nivel de atención o se considerarán dentro de estos niveles las construcciones ya existentes?*

Eso forma parte del desarrollo del sistema. Actualmente tenemos una visión del primer nivel con los consultorios populares, pero también hay ambulatorios viejos ubicados en distintos barrios. Todo eso se está incorporando y se tendrá que adecuar al modelo de las infraestructuras del primer nivel de atención con la prestación de los servicios correspondientes. Igualmente sucede con estructuras antiguas de los otros niveles.

La Ley no estipula la creación de un centro en cada estado, todo eso dependerá del desarrollo del sistema por parte del Ejecutivo Nacional. El sistema es tan complicado -y aquí reconozco las acertadas palabras de Asia- que no merece tratamiento con pañitos tibios, pienso que a esto debe dársele un vuelco de 180°.

La discusión en el plano de la centralización y descentralización es una discusión equivocada que debe ser rechazada, pues no se trata de eso, sino de poner orden en este país, aquí hay un desorden total, hay descoordinación, fragmentación, baja calidad de los servicios, costos elevados, por ende, el problema no es nada más la Ley, la cual podríamos hacer de la manera más ideal y con la mayor profundidad en cuanto a doctrina e ideología, porque la Ley debe tener ideología, peor la Ley es apenas uno de los elementos. Dentro de la operatividad de cada uno de los centros de prestación de servicio de nuestro país existe el problema de la cultura de nuestros equipos de trabajo. ¿Cómo cambiar desde la Ley la cultura de la mala prestación de los servicios en cada uno de los centros de atención de salud, desde el primer al tercer nivel? ¿Cómo cambiar el problema

de la impunidad? El problema no es el financiamiento, eso es lo cuantitativo ¿y lo cualitativo? ¿Dónde está la eficiencia, la calidad y la efectividad de la prestación del servicio? ¿Cómo hacer para cambiar una cultura que no visualiza el derecho a la salud de los ciudadanos y ciudadanas? Allí está el meollo del asunto, ese es el corazón del problema. No hay planificación en salud. Que alguien me diga qué tipo de planificación hay en salud en Venezuela. No la hay.

Todavía el Ministerio está manejando como referencias de la atención primaria en salud el ofrecimiento de vacunas y control odontológico, por poner un ejemplo. Se trata de elementos parciales y fragmentados de la atención en salud, no se ve la salud de manera integral. Así estamos haciendo con los programas de salud. Si llega al sistema de salud una embarazada no se la ve de manera integral, no se le analizan patologías no vinculadas al embarazo. O tenemos programas de hipertensión arterial sin importarnos lo demás. Todas esas situaciones hay que revertirlas.

Primero debemos poner orden en el sistema, debemos sistematizar la salud y el órgano rector debe encargarse de ello. Yo también tengo mis reservas con el órgano rector. La reestructuración del Ministerio es cuesta arriba, ahí se mueven muchos intereses políticos, económicos y de otra naturaleza, corporativos, gremiales. Si no existe la voluntad política del cambio no vamos a lograr nada, por encima de la Ley está la decisión política para generar el cambio e integrar todo lo que se está desarrollando por experiencia, como lo es Barrio Adentro, por ejemplo, que se ha venido impulsando contra todas las barreras, rompiendo paradigmas, etc.

Cuando hay planificación y se evalúa con base a una data fidedigna, oportuna y real no hay necesidad de reclamar los servicios, esto permite una visualización del problema en cada uno de los estados, con sus propias características y demandas. Actualmente para obtener algo a nivel estatal debemos reclamar y ejercer presión mediante huelgas, eso es la antítesis de lo que es una planificación. Eso debemos revertirlo. No hay información en salud, existen problemas gravísimos en cuanto a información, incluso cuando vamos a eventos internacionales no llevamos nada porque no hay información que llevar y Venezuela no aparece en informaciones internacionales donde sí aparecen otros países o aparece con una rayita y un cero en el medio, lo cual demuestra el estado caótico en el cual se encuentra el sistema de salud.

Todo esto no se va a solucionar con pañitos tibios, a esto debe dársele un vuelco sustancial y profundo. ¿Será traumático? Yo sé que será así porque aquí la visión de los gobernadores es creerse dueños de los estados y todo lo que hay en ellos, se refieren a «mi hospital de mi estado», cuando la concepción de la salud es un problema de Estado, de nación. A eso hemos llegado. Claro que hay resistencia, la transición probablemente no sea benigna, pero se prevé que en el futuro los convenios entre los órganos rector con los estados y los municipios se den bajo unos términos donde el órgano rector no pierda el control, la responsabilidad y la competencia. Bajo esta perspectiva es como se plantea la transición, con el fin de hacer real una democracia participativa y protagónica, pero eso tiene que darse con base a la planificación y el impulso de la formación de los ciudadanos y ciudadanas participantes.

Yo veo un gran potencial en los Comités de Salud y por eso decía que la base de datos debe surgir de ellos, porque los mismos tendrán capacidad de conocer todo lo que es la gestión de salud en su ámbito territorial. Cuando comenzamos a manejarnos en ámbitos territoriales la población es capaz de diagnosticar su situación de salud partiendo de conocimientos adecuados, de información veraz.

## Armando de Negri

- *¿El anteproyecto de la Ley de salud servirá o no? ¿funcionará o no? ¿qué se le debe cambiar para que ésta pueda adaptarse a la realidad?*

Se trata de un tema muy complejo y no debemos caer en simplificaciones. Estoy de acuerdo en que el tema no es descentralizar o centralizar, pero tampoco es la negación de esto, ahí hay que entrar en profundidades. La centralización/descentralización tiene un marco histórico. Yo no puedo juzgar la descentralización a partir de la experiencia de la Ley «Caldera». Yo siento que la Ley tiene una intención de recentralizar y después descentralizar a partir de nuevos convenios, pero por qué escoger un camino tan complicado para llevar esto a cabo, vamos a escoger una vía más sencilla.

El ordenamiento de un sistema público nacional tiene un objetivo ideal, como por ejemplo tener un marco de relación laboral unificado para todos los trabajadores del sistema de salud a nivel nacional, tener al mismo tiempo una unicidad de política, un sistema único es sobre todo un sistema que tiene una regencia de políticas únicas, de manera que el ciudadano o ciudadana en cualquier parte del país tenga las mismas garantías, donde además se reflejen las necesidades propias de cada territorio o población.

Creo que la tensión que se genera en una re-centralización representa un camino sumamente conflictivo porque no hay un marco político unificador. Hoy el gobierno nacional tiene 22 de los 24 gobernadores, por lo que aparentemente el proceso se daría de manera muy fácil y no es así ¿por qué no? porque el marco doctrinario de la salud no es único, por eso el gobernado dice: «ese es mi sistema, ese es mi hospital, esa es mi política», esa visión se gesta en la ausencia de rectoría, por lo tanto yo planteo que la Ley debería profundizar las definiciones y amplitudes de la rectoría con los instrumentos fundamentales para llevarlo a cabo. Eso no está en la Ley, mi lectura es que la Ley deja muy abiertos los mecanismos de la rectoría.

En cuanto al sistema de asignación de recursos, control y evaluación hay una ambigüedad, incluso cuando se describen las potestades del ente del Estado, de las gobernaciones, me parece que hay una confusión de niveles, no queda clara la función control/evaluación inherente a la rectoría nacional y estatal.

Creo que el punto clave está en la rectoría. Es decir, no se necesita hacer la gestión directa de todo el sistema nacional, de hecho la Ley al final estipula que se puede delegar, hacer convenios, etc., pero mi lectura es que todo esto debería establecerse desde una estructura federativa, así como establecer los mecanismos con fuerza de rectoría. Desde hace tiempo yo decía: «quien paga manda». Sostengo la tesis de que todo esto se podría hacer con el marco legal vigente, el problema es la tremenda debilidad institucional para llevar esto a cabo.

Sostengo que Barrio Adentro es un paralelismo institucional, esto debe reconocerse, y no lo digo para atacar a Barrio Adentro, todo lo contrario, simplemente reconozco una naturaleza coyuntural establecida. En la medida en que integremos el sistema romperemos con una serie de paralelismos institucionales.

Yo diría que en la Ley hay aspectos salvables y aspectos no salvables, así como hay aspectos que se pueden mejorar y adecuar. Creo que sobre todo hay que pensar que frente a una serie de resistencias la única forma de sacar adelante un sistema público nacional de salud es con un fuerte protagonismo de la sociedad. Por eso es tan importante que el debate se abra y los sectores sociales se apropien del mismo y puedan intervenir en la configuración de la Ley y luego en su aplicación. Ahí viene el desafío real. En este país están acostumbrados a una lógica de la atención en salud la cual es muy poco respetuosa de las personas. Eso está impuesto, por lo tanto la Ley forma parte del asunto, pero la verdadera revolución en lo concreto, en lo cotidiano, tendrá que contar fuertemente la movilización de la sociedad y otro tipo de visión de esta respecto a la salud.

En cuanto al tema del régimen prestacional como concepto dentro el marco de la seguridad social creo que hay una traducción social, ahí se podría iniciar un debate en torno a la lógica del segurismo vs. la lógica de la fiscalidad del Estado respecto al tema financiero. Como decía el profesor Absalóm; nada es gratis, incluso a mí no me gusta decir que es gratuito porque allí entra la idea de que alguien nos regala algo y de hecho nadie recibe regalos, todos pagamos por eso de forma indirecta, por lo tanto la lógica de plantearlo como algo que se inscribe en el régimen prestacional si nos vamos por la formalidad es cierta, pero desde el punto de vista de la construcción del sistema público nacional creo que hay

cosas que deberíamos mirar con más cuidado. No se trata de escaparnos a una lógica global de seguridad social, no debemos romper el principio del sistema de seguridad social, al contrario, debemos mantener esta unidad del concepto de seguridad social, eso es sumamente importante. Cómo llegamos a una configuración que va más allá del segurismo en el sentido de la relación que históricamente ubica al contribuyente de la seguridad social en el marco de sus beneficios. El derecho a la salud no está condicionado a la capacidad contributiva.

Creo que ahora hay que ampliar el debate a la sociedad y buscar las mejores soluciones.

## Políticas públicas en materia de salud

Esperanza Martínez (Ministerio de Salud)

---

*«La posibilidad de lograr los desafíos  
está en la participación activa de la comunidad»*

Manuel González (Dirección General de Educación  
Ambiental del Ministerio del Ambiente)

---

*«Todo lo que nos propongamos hacer tenemos que hacerlo con la gente»*

Asia Villegas (Secretaría de Salud  
de la Alcaldía Metropolitana)

---

*«En Venezuela estamos viviendo un momento histórico fundamental»*

## Situación del derecho a la salud desde una perspectiva integral

Yolanda D'Elías (CONVITE)

---

*«La universalidad permite que efectivamente  
Todos y todas podamos entrar en una condición de igualdad»*

Maureen Riveros (Provea)

---

*«El balance del derecho a la salud  
en el periodo 2004-2005 presenta signos contradictorios»*

## Políticas públicas en materia de salud



**Esperanza Martínez** (Ministerio de Salud)

La función del Ministerio de Salud está orientada a dar cumplimiento a la ley contemplada en la Constitución Bolivariana, la cual tiene como centro la garantía de los derechos sociales.

¿Cuál era la situación que veníamos viviendo los venezolanos y venezolanas? Primero hay que decir que no se trataba de una situación exclusiva de Venezuela, sino de una situación bastante generalizada en casi todos los países de América Latina. Entre los 80 y los 90 vivimos una etapa de desmantelamiento del sector público, se trató de un desmantelamiento progresivo, de tal manera que al final de los años 90 la posibilidad de acceder a la atención médica de manera gratuita estaba reducida al mínimo y el modelo conceptual estaba basado en la atención médico-curativa.

Entre los años 80 y 90 se construyeron apenas cincuenta establecimientos públicos de salud, entre ellos, el Hospital de El Llanito «Domingo Luciani», esas estructuras carecieron de mantenimiento adecuado. El modelo de atención llevaba a que el gasto público en salud se concentrara en el área curativa, desatendiendo las áreas de atención y prevención.

Por otra parte había una gran inversión en tecno-medicina a la que luego no se le daba ningún mantenimiento. Había un enfoque de salud como mercancía degenerando en un crecimiento desmesurado de los seguros de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM). Otro problema era el acceso a los servicios, podríamos decir que el acceso era reducido e ineficaz, esa fue otra forma de privatizar los servicios: el acceso a los servicios públicos por parte de los

ciudadanos estaba determinado por la relación con las personas que laboraban dentro de dichos servicios.

Los servicios respondían a necesidades institucionales y no a las necesidades propias de la gente. En la práctica veíamos, por ejemplo, que si una mujer tenía una necesidad en salud y su hijo tenía otra, esas necesidades debían ser planteadas en dos sitios totalmente distintos, con horarios distintos, es decir, aumentaban las limitaciones para resolver los problemas de la gente.

Muchos reportes reflejan, incluso, los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que el acceso a medicamentos fue uno de los derechos más vulnerados en Venezuela, lo cual impactaba de manera negativa a la célula familiar. Muchas veces se daba un caso atendido como un caso resuelto, eso era desde el punto de vista institucional, pero desde el punto de vista de la persona su caso no estaba resuelto, mucho menos si no lograba acceder al tratamiento y no contaba con ningún mecanismo que le garantizara su derecho.

Tomando en cuenta que actualmente falta mucho por hacer, vale la pena preguntarse: Dentro de la política del Estado ¿cuáles han sido las decisiones más importantes en materia del derecho a la salud?

1. Tenemos la vuelta a la gratuidad de los servicios públicos.
2. Tenemos un modelo de atención integral.
3. Tenemos un enfoque de la atención en salud que no gira en torno al hospital.

Uno de nuestros desafíos es construir un sistema nacional de salud que verdaderamente funcione de manera integral, en red, y responda de manera eficaz al derecho a la salud, a las demandas y necesidades de la población. La posibilidad de consolidar este desafío está en la participación activa de la comunidad.

¿Cuáles son nuestros objetivos?

- Contribuir a la implantación del Sistema Público Nacional de Salud.
- Lograr un médico por cada 250 familias (1.200 habitantes) en sectores de máxima exclusión
- Promover la salud integral de individuos, familias y comunidades.
- Impulsar la construcción de las redes sociales bajo el control comunitario.
- Contribuir al logro de una alimentación adecuada.

- Propiciar los espacios para el saneamiento ambiental básico.
- Elevar el promedio de vida de la población
- Contribuir al desarrollo, crecimiento y envejecimiento de la población con calidad de vida.

¿Cuáles han sido los principales avances de Barrio Adentro I?

	<b>Sistema Convencional</b>	<b>Sistema Barrio Adentro</b>
Médic@s en el primer nivel	1.500	13.000 (8.500 pts de consulta)
Cobertura	3,5 millones	17 millones
Establecimientos del primer nivel	4.400 (1.500 con médic@s)	1.050 (5.500 en construcción)
Odontólog@s del primer nivel	800	4.600
Enfermer@s y/o aux. del primer nivel	4.400	8.500
Ópticas	0	441
Actividades Preventivas	Variables en consultorio	En consultorio y en terreno
Entrega de medicamentos	Variable según disponibilidad	103 medicamentos de las patologías comunes bótic@s populares

¿Cómo surge Barrio Adentro II? A través de varios factores:

- Antecedentes y las necesidades que surgen a partir de BA I.
- Con el anuncio presidencial de enero de 2005
- Con la entrega de recursos para la construcción (703 millardos de bolívares).
- A partir del trabajo coordinado con la Misión Médica Cubana para la planificación y ubicación a nivel nacional.
- Surge así el Comando Nacional de Barrio Adentro II
- Se crea la Unidad Operativa Nacional de Ejecución
- Y finalmente, se crean Unidades Operativas en cada estado.

¿Cómo surge y cuáles son los objetivos de Barrio Adentro III? (Anunciado en agosto de 2005):

- Recursos extraordinarios para funcionamiento hospitalario (214 millardos de bolívares)
- Participación de la contraloría social en la administración.
- Recursos de las reservas internacionales para equipamiento (1,5 billones de bolívares)
- Funcionamiento en redes de salud

¿Cuáles son los logros revolucionarios en cuanto la tema de las redes de salud?

- Concebir la salud como derecho social fundamental.
- Garantizar la gratuidad de los servicios.
- El logro del acceso universal a los servicios.
- La consolidación de la Misión Barrio Adentro.
- La construcción de 1.000 Consultorios Populares, 100 Centros de Diagnóstico Integral, 100 Salas de Rehabilitación Integrales, 9 Clínicas Populares.
- El aumento de 1000 camas disponibles (lo cual suma 47.000)
- El Materno Infantil del estado Barinas.
- Convenio Cuba – Venezuela (equipos de cardiología, neurología, rehabilitación)

- Convenio Argentina – Venezuela (equipos obstétrico, neonatal, ascensores)
- La construcción del Hospital Cardiológico Infantil «Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa».
- Entrega de recursos adicionales para insuficiencias presupuestarias del año 2005 por 214 millones de bolívares.
- Actualización de las estadísticas en salud.
- Aprobación de 1,5 millones de bolívares de las reservas internacionales para el fortalecimiento de la red hospitalaria BA III.

Nuestros desafíos inmediatos son:

- La construcción del nuevo modelo de gestión.
- La participación de las comunidades, los(as) trabajadores(as) en la gestión en salud.
- La incorporación de la contraloría social en espacios permanentes.
- Culminar la construcción de Clínicas Populares, Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Salas de Rehabilitación Integral (SRI), Centros de Alta Tecnología (CAT).
- Convertir los establecimientos de la red preexistente al nuevo modelo.
- Lograr la automatización de los procesos.
- La capacitación de los(as) trabajadores(as) de la salud bajo el nuevo paradigma.
- La integración en redes del 1º, 2º y 3er. nivel.
- La construcción consensuada de los protocolos de diagnóstico y tratamiento.
- Regular los espacios de acción de la industria farmacéutica y de equipos médicos.
- Facilitar la certificación y recertificación de los profesionales de la salud.
- Colectivizar los avances y promover el nuevo modelo de gestión así como el sistema de salud.



**Manuel González** (Ministerio del Ambiente)

---

De qué salud podemos hablar si el medio ambiente está deteriorado.

En la presente gestión del Ministerio del Ambiente nos orientamos a través de siete líneas de acción:

- 1. Gestión ambiental compartida.** En primer lugar debemos asumir la contradicción de ser un país petrolero. La quema de combustible fósil es lo que más contribuye al calentamiento global y a todos los cambios climáticos que ya conocemos. Nada de lo que hay que hacer puede llevarse a cabo sin la participación activa y protagónica de la gente. De ahí deriva este primer lineamiento en la actual etapa de gestión. Todo lo que nos propongamos hacer tenemos que hacerlo con la gente, no como una declaratoria de principios. Debemos buscar ser coherentes, por lo menos en lo conceptual, con el mandato de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. No hay otra manera de desarrollar el tema de la gestión ambiental frente al desafío que tenemos de inventar un modelo de desarrollo económico sustentable sin precedente alguno.
- 2. Agua potable y saneamiento.** Uno de los temas inherentes a los asentamientos humanos es cómo proveerse del agua necesaria para vivir y qué hacer con el agua después de utilizarla, ya sea para uso agrícola o para uso humano. Tenemos que hacernos cargo de esa agua después de haberla utilizado. Ese es otro de los elementos estratégicos.
- 3. La ordenación del territorio.** Ya sabemos cuantas dificultades nos ha traído el no tener un plan de ordenación adecuado a ese modelo de

desarrollo que estamos inventando. Hasta ahora podemos asentarnos en cualquier lugar: al lado de un río, próximos a una quebrada, al lado de una zona boscosa, etc., y por supuesto vamos a llevar a cabo una cantidad de actividades que van a causar un impacto en nuestra calidad de vida así como en el ambiente físico natural, por eso le estamos dando importancia prioritaria a la ordenación del territorio.

4. **Las obras hidráulicas.** Son las que por una parte mitigan los efectos de los procesos de inundación y por la otra, nos proveen de sistemas apropiados de dotación de agua potable para consumo humano y de agua suficiente para las otras funciones que requiere la sociedad.
5. **La reforestación productiva.** Hoy es «Misión Árbol». Si no nos hacemos cargo de lo que está pasando en nuestro territorio nacional probablemente quedemos sin fuentes de producción segura de agua susceptible de ser utilizada para el consumo humano. Les puedo decir que sin los ocho mil litros por segundo que extraemos de una cuenca foránea esta ciudad habría que evacuarla. Llámelo tremendista, pero yo trabajé seis años como coordinador de gestión comunitaria de Hidrocapital, con las Mesas Técnicas de Agua en los barrios de esta ciudad y sin esos ocho mil litros de agua que provee esa cuenca esta ciudad sencillamente sería un caos.
6. **Los desechos sólidos.** Es una tremenda contradicción que el Ministerio del Ambiente esté ubicado en la Torre Sur del Centro Simón Bolívar y cuando uno sale a tomar el transporte colectivo, en la bajada del CNE, pareciera que hubiera perdido el día de trabajo. Cuando nos encontramos con esos promontorios de plástico pensamos que no hemos hecho nada. Sin embargo, esta es una de las líneas estratégicas del Ministerio. Hace dos semanas entró en operación el primer relleno sanitario de Venezuela, partiendo del concepto más actualizado, poniendo a funcionar la nueva institucionalidad bajo una mancomunidad, lo cual ha sido bastante difícil en otros espacios respecto a otros temas. La mancomunidad de los municipios Mariara, San Joaquín y Guacara, ahora manejan el relleno sanitario del sector industrial El Tigre, ubicado en los predios del Municipio Guacara. A nivel nacional tenemos doscientos setenta (270) vertederos a cielo abierto, desechos sólidos que están ahí sin ningún tipo de tratamiento, clasificación o disposición adecuada. Nos hemos propuestos en estos dos años sanear sesenta (70) de ellos. Hablar del derecho a la salud y no tocar estos ítems es obviar la vinculación del tema con la calidad de vida.

7. **Cambio climático.** Aun siendo un país petrolero, aun quemando todo el combustible de fósil que quemamos, los efectos son casi imperceptibles, pero están ahí. Lo importante para nosotros es que todos estos temas sean motivo de incorporación en la agenda cotidiana de las organizaciones sociales, que comiencen a ser temas de debate y de corresponsabilidad. Venezuela es uno de los países de América que produjo uno de los compromisos internacionales: el Documento sobre Cambio Climático. Ahí hay una serie de compromisos que dan cuenta de cómo nos estamos ocupando de este tema, el cual deseamos que sea materia de ocupación tanto del Estado como de toda la sociedad.

Los tres despachos que organizan el Ministerio del Ambiente son:

- Agua
- Ordenación de territorio
- Conservación ambiental

Los proyectos emblemáticos que tenemos se relacionan con las utopías. Todavía nos dicen que somos unos locos al plantear el saneamiento de la cuenca del Río Guaire, de la Laguna de Tacarigua, del Lago de Valencia, del Lago de Maracaibo. Sin embargo, lo importante es que haya avances. Por dar sólo un ejemplo puedo decirles que en el Lago de Valencia ya construimos treinta kilómetros de tubería, lo cual va a permitir que las aguas de Maracay y Valencia ahora vayan por un colector hasta un estanque de tratamiento, estas aguas van a ser tratadas como corresponde para que cumplan con los parámetros de la OMS y de la OPS, antes de ser devueltas a los puertos de aguas naturales.

En un pasado la gente de Valencia y Maracay le dio la espalda al Lago, así como los caraqueños se la dimos al Guaire. La fuente que nos proveía de agua estaba fuera del territorio, entonces qué nos importa convertir en cloaca el Lago de Valencia si el agua para beber la obtenemos de otro lado, por lo tanto no hay un sentido de corresponsabilidad entre la acción humana que ejercemos y el control del deterioro que causamos.

Tenemos una página web en la cual se pueden visualizar las cosas que estamos haciendo y lo que hemos ido logrando (<http://www.marnr.gov.ve/>). También tenemos un número, el 0800-AMBIENTE, para denuncias de delitos ambientales, así como para solicitar información. Es un servicio que funciona las 24 horas del día y estamos pendientes de lo que ustedes puedan aportar o comentar.



**Asia Villegas**

(Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana)

La Secretaría de Salud del área metropolitana de Caracas es una estructura organizativa de la Alcaldía Mayor, la cual está encargada de 14 hospitales y 83 ambulatorios metropolitanos. Los hospitales, lamentablemente, tienen un alto deterioro de infraestructura y gestión. Tenemos un problema de orden asistencial, de un alto desarrollo de la tecnología, paralelamente hay un deterioro progresivo de la capacidad. Se trata de un modelo prevalentemente hegemónico.

La salud se inserta dentro de una estructura burocrática, obsoleta, manual y corrupta, dentro de los mismos procesos organizativos no existe una estructura de rendición de cuentas y los procedimientos administrativos quedan velados ante la discrecionalidad de los funcionarios y funcionarias a ese nivel, puesto que no hay normativas ni reglamentos que penalicen el incumplimiento.

Además tenemos veintiséis mil (26.000) trabajadores y trabajadoras, de los cuales tres mil quinientos (3.500) son médicos y médicas, casi siete mil (7.000) enfermeras y enfermeros. De esas veintiséis mil personas tenemos a diecisiete mil en una nómina fija y al restante en un grupo de condición secundaria o discriminada como suplentes y/o contratados en unas condiciones que durante muchos años los obligó a vivir a merced de un sindicato para mantener sus puestos de trabajo. No existe formación ni capacitación continuada.

La Secretaría estuvo secuestrada ante la posibilidad de articular objetivos nacionales, puesto que existía un gobierno opositor en el área metropolitana de Caracas.

No soy tan ingenua como para pensar que después de año y medio hayan disminuido los niveles de corrupción, ese es un flagelo incrustado en las paredes de la institución, así como en la mentalidad y el quehacer del «funcionariado» en estrecha relación con las trasnacionales de los laboratorios y la industria farmacéutica, con las empresas que poseen la tecnología. Ya no se trata de un problema de orden ético, sino que además el peso de la corrupción, en el caso de la salud, actúa como un agente vulnerador del derecho. De ahí la necesidad de un nuevo sistema público nacional de salud, con una nueva visión, con una cultura de rendición de cuentas y con mecanismos de contraloría social.

No creemos que la transformación hacia ese nuevo sistema sea una tarea fácil y el proceso de transición no puede darse como en el caso de PDVSA, donde se cierra y se cuentan las pérdidas de millones de barriles. No se puede cerrar el sistema de salud, nosotros tenemos que dar respuestas dentro de ese sistema. En este mismo momento hay un sindicato dándole la vuelta al Hospital de Niños y el permiso se pidió sobre la base de una mejor atención a la niñez, pero lo que está haciendo es generar pasivos laborales, lo cual forma parte de una bola que viene creciendo.

La gran contradicción internacional en el tema de los derechos es cómo se confronta un derecho. Está el derecho de una masa de trabajadores(as) (26 mil empelados) que necesitan ser dignificados(as), pero eso no puede estar en contraposición con el derecho a la salud de 4.5 millones de habitantes. En estos momentos seguramente también está muriendo una mujer en la Maternidad Concepción Palacios, probablemente también esté muriendo un niño en el Materno Infantil de Caricuao, otra mujer hace cola en la Maternidad, discriminada en una esquina de la sala de espera y algún paciente, entre las doce de la noche y las dos de la mañana, buscaba un cupo en terapia intensiva. Ese es el día a día.

Cómo desmontar un sistema perverso para que emerja sistema realmente efectivo. En Venezuela estamos viviendo un momento histórico fundamental. Tenemos la construcción de un nuevo sistema público nacional de salud, un marco constitucional por el cual se luchó en el proceso constituyente, pero además de eso un marco legal cuya batalla se libra en la Asamblea Nacional. Se trata de una nueva institucionalidad, de un nuevo marco jurídico y la conciliación de los preceptos constitucionales. Debe llevarse a cabo la discusión por la soberanía y la emancipación en el tema de la salud. Ahí entra el tema del desarrollo de la tecnología, la transferencia de la misma, la apertura hacia nuevos mercados para poder lograr independencia en el ámbito de la industria químico farmacéutica.

Siempre se ha visto al Estado como garante y violador de los derechos humanos, pero las trasnacionales de la industria químico farmacéutica imponen contratos leoninos con los cuales nos doblegan y nos flexionan las rodillas ante la dependencia que tenemos en algunos renglones específicos que nos obligan, por la parte del desarrollo tecnológico industrial, a estar a merced de las razones del mercado, aun cuando no estamos hablando de mercado, sino de ciudadanos y ciudadanas con derechos.

Esto significa entender que a partir de estos veintiséis mil trabajadores(as) existen dieciséis gremios y seis sindicatos, por lo tanto se tiene que asumir una conciencia de que esos funcionarios y funcionarias son garantes del derecho. Tenemos un marco constitucional realizado con autoría colectiva, se trata de la propuesta de salud metropolitana donde participamos todos los(as) coordinadores(as) parroquiales de la Misión Barrio Adentro, junto a los Jefes de Distrito y los Coordinadores de Ambulatorios del área metropolitana. Se trató de un trabajo de construcción colectiva, de discusión, formación, articulación de la Misión Barrio Adentro, junto a la Secretaría de Salud, lo cual era impensable hace muy poco tiempo sencillamente por la condición de secuestro en la cual se hallaba la Secretaría de Salud y la no comunicación con el Ejecutivo Nacional debido a razones políticas.

Tenemos el marco del plan de desarrollo social y económico donde se plantea el cumplimiento de los derechos en un orden de justicia social, basado en la equidad y el rescate de lo público y, por supuesto, en el desarrollo del poder ciudadano así como la corresponsabilidad.

Durante la gestión de la Ministra María Urbaneja (Ministra de Salud y Desarrollo Social) tenemos el Plan Estratégico Social (PES), el cual es un instrumento de planificación dirigido a transformar las condiciones de calidad de vida del pueblo venezolano a través de la garantía de los derechos constitucionales. Su función es orientar el diseño y la construcción de políticas públicas así como organizar las prácticas institucionales en materia de salud y desarrollo social. Hoy en día, ya a partir del año 2003, tenemos el nuevo Mapa Estratégico Social presentado por el Presidente, que no es más que la universalización de los derechos sociales para erradicar la exclusión y combatir la pobreza, así como promover programas de prevención de enfermedades.

El imperativo ético es dar respuesta a las necesidades sociales y no sólo crear una oferta de servicios a través de las instituciones públicas, las cuales basan su oferta

de acuerdo a lo que quieren dar y no en las necesidades materiales y sentidas de la población. Estas necesidades se presentan en forma heterogénea a través de lazos estrechamente relacionados con el territorio social, los grupos de edad, la condición de género, la situación geográfica, el estrato social y la pertenencia a algún pueblo indígena.

No podemos seguir presentando hospitales y ambulatorios con ofertas de servicios que no responden a las necesidades sociales de una población excluida del sistema. Por otro lado, tenemos el tema de la salud y la seguridad estrechamente ligado a la calidad de vida que a la vez está relacionada con el nivel de educación, formación y capacitación, así como con el tema de igualdad de oportunidades en igualdad de condiciones. No puede haber igualdad de condición entre una adolescente de un barrio, embarazada, desnutrida y una adolescente que asume su salud sexual y reproductiva con una formación y capacitación a través de un sistema de educación aceptable. La semana pasada falleció una adolescente tuberculosa y desnutrida, primero falleció su bebé y posteriormente ella. No estamos hablando solamente de una propuesta, sino de una realidad y lo repito: tenemos que continuar dando respuestas desde este sistema mientras se cimienta un nuevo sistema de salud.

Debemos pensar la salud en el contexto sociopolítico de la nueva república ¿o siempre vamos a estar repitiendo el número de mujeres que mueren en la Maternidad Concepción Palacios? ¿Nos quedamos con ese número? De qué Municipio salió esa madre, donde su condición prenatal no fue atendida en forma adecuada. Allí está la responsabilidad primaria, en ese espacio, en esa comunidad, donde su condición de embarazada o su condición de adolescente o su desconocimiento a su derecho sexual y reproductivo no fueron realmente promovidos.

No sólo hablamos de calidad de vida, sino de etapas de vida. El compromiso en el primer nivel está ligado al territorio y la población, con acciones permanentes de carácter transectorial, ahí entra en juego la educación, la calidad de vida, las viviendas aptas y seguras, el agua potable, la vialidad. De ahí va a partir la elaboración de respuestas a las necesidades sociales, la definición de patrones para la resolución de problemas, no puede seguir habiendo discrecionalidad funcional. Es obvio que debemos asumir cada comunidad con sus respectivos problemas: la farmacodependencia, el embarazo adolescente, la violencia de género; no podemos trabajar con una visión de «casos»: caso de tuberculosis, caso de diabetes, etc. Todo está relacionado a la calidad de vida, a la educación,

al acceso a la información. Por lo tanto, nuestro compromiso es promover la integración de los diferentes prestadores de salud en los municipios del Distrito Metropolitano de Caracas, desde esta visión que estamos planteando.

Estamos trabajando desde una perspectiva integral, desde una coordinación entre todos los actores que dispensamos atención médica asistencial para lograr la formación articulada de un sistema metropolitano de salud.

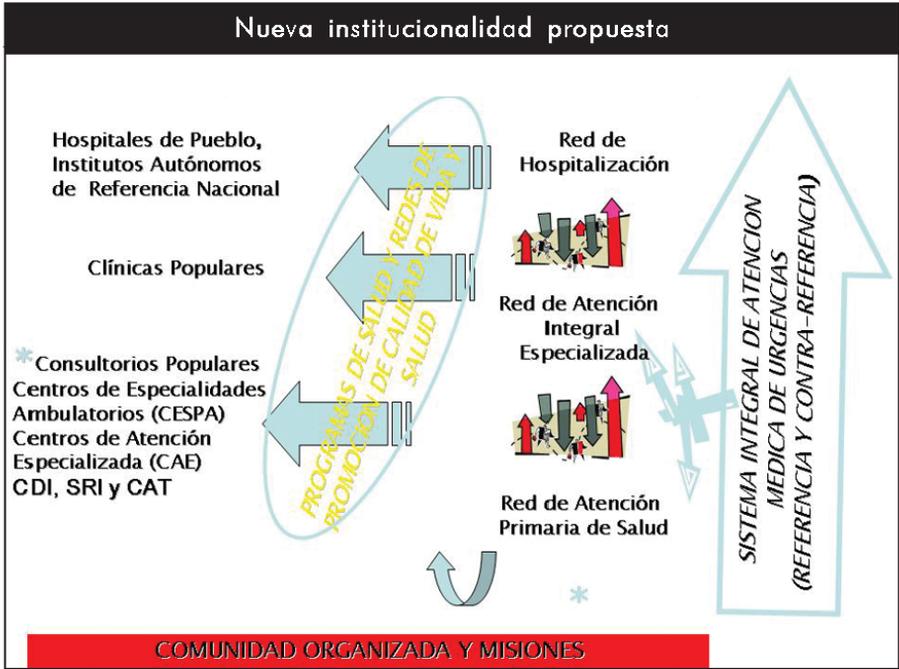
Cuando comenzamos nuestras propuestas fueron:

- La reestructuración de la Secretaría de Salud hacia una efectiva coordinación metropolitana intermunicipal, institucional e intersectorial de salud.
- La creación del Sistema Público Metropolitano de Salud: integración de la red ambulatoria a la Misión Barrio Adentro I, II y III.
- El fortalecimiento de la red hospitalaria metropolitana.
- La instauración del sistema integral de atención médica de urgencias, referencia y contra-referencia.

Tenemos en la organización tradicional:

- **1º nivel de atención.** Formado por los ambulatorios rurales y urbanos tipo I y II, y ambulatorios urbanos tipo III.
- **2º nivel de atención.** Donde están los hospitales tipo I.
- **3º nivel de atención.** Tenemos 14 hospitales con tecnología de punta, abandonados y deteriorados en unas infraestructuras centenarias y «ranchificadas» sin planificación.

Esta es la organización que nosotros proponemos:



Tenemos consultorios populares, centros de especialidades ambulatorias, centros de atención especializadas, CDI, las Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y los Centros de Alta Tecnología (CAT), como un segundo nivel de atención, pero la base de este sistema de atención primaria son los Consultorios Populares que en este momento, en el municipio Libertador, suman 587. A esto hay que agregar nuestros ambulatorios metropolitanos, los cuales se convierten ahora en

consultorios populares y algunos en CDI y SRI. Es tanta la revolución que llevamos adentro que muchos espacios de la Policía Metropolitana son hoy CDI, se trata de la toma de los espacios públicos abandonados transformados en unos nuevos establecimientos de salud con una nueva visión. Igualmente hemos podido adecuar otros espacios.

En Caracas tenemos la SRI «Diego Salazar», la cual funcionará en el Instituto de Puericultura «Pastor Oropeza», ubicado en la parroquia 23 de Enero, la SRI de Longaray y la SRI de San Martín, la cual era anteriormente un servicio público de los delegados municipales, hoy en día está abierta en forma universal a todas las personas del sector. Además tenemos el CDI en el sector «Los topitos», el cual está ubicado en un barrio que queda cerro arriba.

Tenemos las Clínicas Populares, como un segundo nivel de atención, con una red de atención integral especializada. Y, por supuesto, tenemos la aspiración de convertir nuestros hospitales en «Hospitales del Pueblo» y en institutos autónomos de referencia nacional, como por ejemplo el Hospital Oncológico, el cual aspiramos que se convierta en el Instituto Nacional de Oncología, y que el Banco Municipal de Sangre pase a ser el Instituto Nacional de Hematología. Tenemos que acabar con la irresponsabilidad del abandono del paciente cuando tiene que conseguir un cupo en un hospital.

Dejemos que sean los programas de salud y las redes de promoción de calidad de vida y salud las que ramifiquen o atraviesen las redes de atención. No importa por dónde entra el paciente, lo importante es la atención integral que puede recibir. Así entre por el primer, segundo ó tercer nivel de atención. Todo esto sobre la base de una comunidad organizada a través de los Comités de Salud, de las diferentes formas de contraloría social que hoy existe, con la integración de las Misiones. La «Misión Guaicaipuro» nos permite la atención de las comunidades y pueblos indígenas; la «Misión Negra Hipólita» nos permite la atención de las personas que viven en la calle. Todo esto significa hablar de salud y atención médica, significa la integración en igualdad de condiciones y en igualdad de oportunidades para la población.

Evidentemente esto está lleno de grandes aciertos y desaciertos, pero no deseo subestimar con falsa modestia el proceso inédito e histórico que estamos llevando a cabo en este momento. Quienes estamos desempeñando una misión pública comprometida tenemos una tarea histórica por delante, tenemos en nuestras manos la creación de políticas públicas que permitan la consolidación de un nuevo sistema.

## Preguntas

**Esperanza Martínez**

- *¿Qué políticas fomentará el Ministerio de Salud para fortalecer las redes de las comunidades?*

Desde el ámbito institucional la acción comunitaria se puede fortalecer y fomentar, pero va mucho más allá de las instituciones. Nosotros estamos en un momento de refundación de la República, de creación de una nueva institucionalidad, lo cual se inscribe dentro de un proceso de trabajo que si bien debe darse rápidamente también debe darse de manera consistente y profunda, que no solamente pase por un cambio físico, de infraestructura, sino también de la forma de relacionarnos como ciudadanos y ciudadanas, pero también de la relación que se establece entre las comunidades y sus instituciones, las cuales no son más que instrumentos de mediación para el cumplimiento de los derechos.

El Ministerio de Salud está intentando mecanismos que no son para tutelar ni direccionar, son mecanismos para coordinar, como por ejemplo, la Coordinación de Comisión de Salud que atiende a los planteamientos de los Comités de Salud y está llevando a cabo un gran esfuerzo. Esta Coordinación se encuentra ubicada en el piso 3 del Ministerio de Salud y el coordinador es César Arismendi. Hay un equipo de gente que está allí para integrarse a la labor de los Comités y apoyarlos en su trabajo, han estado asistiendo a innumerables asambleas de ciudadanos y ciudadanas en todo el país.

Así como se crean estos mecanismos en las instituciones se van creando una serie de instrumentos jurídicos que son los que van a potenciar este proceso. El primero de ellos es, por supuesto, la Constitución, pero para que se lleven a cabo los demás instrumentos, que se van creando a partir de esa Constitución, tenemos que apoyar el debate. En este momento el proyecto de la Ley de Salud va a una discusión pública.

El aspecto de la participación, los mecanismos desde el punto de vista legal que impulsan, fortalecen y regulan esa participación, tienen que estar definidos de tal

manera que los ciudadanos y ciudadanas crezcan en el poder popular, lo cual ha venido ocurriendo con mucho esfuerzo hasta los momentos.

- *¿Cómo funcionan los protocolos de atención?*

Los protocolos de atención están definidos en su mayoría según lo dicen los laboratorios privados, tiene que ver con el mercadeo que hacen los laboratorios farmacéuticos sobre cuáles son los medicamentos de primera línea y cuáles son de segunda línea. Eso es lo que ha funcionado en la práctica.

Se están recuperando los protocolos de atención que existían y existen en otros países. Creo que parte del proceso del trabajo de las Misiones que estamos llevando a cabo es que en la medida en que se disponga de los protocolos los mismos estén visibles en los servicios y estén a la disposición de los comités de usuarios y usuarias, de los comités de salud y de otras formas de organización social que ejercen contraloría.

En el área de salud sexual reproductiva hay una norma que contiene una serie de aspectos relativos a los protocolos de atención. Por otra parte una cosa es que dispongamos del protocolo y otra muy distinta es que el mismo sea cumplido. Esta es una norma que defiende los derechos de la mujer y de su familia. Una cosa que tendríamos que pensar es precisamente mecanismos para que los Comités de Salud conozcan por lo menos la norma de salud sexual y reproductiva, para que así puedan discutirla.

Tenemos protocolos en el área de salud infantil y algunos en el área de alimentos, pero todavía no constituyen una norma de cumplimiento obligatorio en los servicios. Hacia allá debemos ir.

- *¿Por qué continúa la desigualdad de la inversión de recursos entre las zonas urbanas y las zonas rurales, donde todavía la situación es muy precaria?*

Eso es cierto. Nosotros estuvimos viendo si la manera en que se estaban distribuyendo los recursos era equitativa. Aumentó el número de médicos por habitantes en el territorio nacional, desde el 2004 para acá vemos una tendencia fuerte a la equidad. Podemos ver que en los estados donde había más médicos el número de médicos que aumentó es menor que en los estados en donde había menos médicos. Esto está vinculado a la densidad poblacional. Por lo tanto, una de las metas inmediatas que consistía en lograr tener un médico por lo menos por cada trescientas cincuenta familias en las zonas más excluidas, se logró en estos dos años con grandes dificultades, no de manera completa ni total, pero la

tendencia a la equidad está ahí. Pensamos que si seguimos con estos criterios de crecimiento del sistema nacional de salud vamos a crear un sistema que responda de manera equitativa a las necesidades de la población.

- *¿Qué medidas se están tomando respecto a las personas con discapacidad y a los ancianos?*

Ustedes saben del esfuerzo que estamos haciendo con los SRI, todo lo que existe a nivel de consultorios populares y la atención a personas con discapacidad. Con relación a lo que teníamos hemos crecido muy rápido. Es paradójico: en relación a lo que había crecimos mucho y sin embargo aún falta mucho por hacer, pero es que prácticamente no había nada. Por supuesto que estos son temas que están priorizados.

- *Un dirigente comunitario usa el Comité de Salud para propósitos personales y para beneficiarse económicamente.*

Las instituciones estamos obligadas a activar los mecanismos disponibles para evitar que este tipo de cosas ocurra, pero tenemos que trabajar juntos. Todos tenemos que hacer uso de las herramientas de las que nos provee nuestro marco legal. Eso forma parte de la corresponsabilidad. Podemos y debemos convocar la asamblea de ciudadanos, estas cosas muchas veces ocurren porque las permitimos. Tengamos en cuenta que estamos inmersos dentro de una cultura que no va a cambiar de un día para otro, tenemos que construir ese cambio. Si estas cosas se someten al escrutinio público y se convoca la asamblea de ciudadanos y ciudadanas esa persona debe rendir cuentas en público frente a su comunidad. Progresivamente tenemos que ir erradicando este tipo de conducta. Otra cosa que podemos hacer es ponernos en contacto con la Coordinación de Comités de Salud.

---

## Manuel González

---

- *¿Cuándo empezarán a promoverla campaña que eduque a la población en aras de clasificar los desechos sólidos? ¿Lo ideal no sería una red activa ente la comunidad y el Ministerio?*

Estoy totalmente de acuerdo con la sugerencia última. Se han hecho varios intentos, la convocatoria nunca es completa. Con ocasión del XV Foro de Ministros del Medio Ambiente de América Latina y El Caribe, el cual tuvo lugar en noviembre del año pasado (2005) en Caracas, se realizó una convocatoria a las organizaciones ambientalistas, pero también a actores sociales y los cinco puntos presentados en esa actividad previa que tuvo lugar antes del Foro fueron trabajados a lo largo de cinco sesiones con distintos tipos de organizaciones ambientalistas no sólo las tradicionales, pues casi siempre van las organizaciones conocidas, las famosas, las que tienen acceso a las invitaciones.

Igualmente con motivo del V Congreso Iberoamericano de Educación Ambiental, el cual tuvo lugar en Brasil, hicimos la misma convocatoria e intentamos que fuese de alcance nacional, lo cual aún no hemos logrado, pero ese grupo de reflexión continúa conectado con aspiraciones de llegar a ser una red permanente que genere cambios y articule esfuerzos para la gestión ambiental compartida.

Con relación a la campaña hay un programa completo de manejo integral de desechos sólidos a nivel nacional, sólo les mencioné lo que está previsto en materia de saneamiento de vertederos a cielo abierto, pero eso viene acompañado de toda una campaña en relación a clasificación de plástico, vidrio, etc. Cuando se realiza el trabajo de volver a la botella reciclable son muchos los intereses que se golpean, es meterse con intereses poderosos, por eso es muy grande la pelea en esos frentes.

Con relación a la preocupación por el trabajo en red insisto en consultar, visitar y usar el 0800-AMBIENTE, así como entrar a la página web del Ministerio (<http://www.marnr.gov.ve/>). Ahí hay un espacio interactivo e incluso un recurso abierto para comunicarse con la gente que está activando la red para la gestión ambiental compartida.

- *¿Por qué permiten que una empresa trasnacional llegue y dañe el ambiente de la comunidad? ¿Será que las comunidades rurales para ustedes está conformada por ciudadanos de segunda?*

Me gustaría que la persona que pregunta esto precisara cuál es la trasnacional, cuál es el caso concreto.

- *Se trata de Repsol YPF, una trasnacional española que está haciendo trabajos gasíferos y petroleros en el Municipio Guanare (estado Portuguesa), esencialmente en la zona de la represa de Tucupido. Hay daños a nivel de salud y a nivel de ambiente. Desde el año pasado he denunciado el caso ante el Ministerio y tengo ya ocho meses esperando respuesta. Las personas se están enfermando, están contaminando el agua, la vegetación se está muriendo en toda la zona donde están haciendo la explotación. Se ha llegado al extremo de que la seguridad de la empresa me quitó la cámara fotográfica aduciendo que eso era asunto de seguridad del Estado y que yo no podía tomar fotos. El agua tiene un sabor azufrado, yo no cuento con capacidad económica para mandar a hacer estudios químicos, esa es el agua que se consume en esa comunidad. Llevo ya ocho mese ejerciendo presión, denunciando el impacto ambiental que está causando esa explotación gasífera y petrolera (de crudo liviano) y no he recibido ningún tipo de respuesta.*

Esto me permite referir lo siguiente: este es uno de los Ministerio más antiguos. Hay gente con mucha experiencia, con mucha experticia, con niveles técnicos que pagó el Estado venezolano en seminarios internacionales, pero con poca cultura de funcionario público. Por eso, entre otras cosas, surge el recurso del 0800-AMBIENTE porque tu denuncia a través de él tiene menos riesgo de convertirse en un papel archivado ya que queda cargada en el sistema como algo por responder o atender. Creo que acá aplica lo que aplica en todos los casos: conciencia y movilización social.

Yo ahora soy un servidor público, pero antes fui un luchador social y sé que frente a las instituciones del Estado hay planteamientos y exigencias, pero lo que nos debe orientar en el sueño tiene que ver con que la movilización social frene cualquier otro tipo de orientación extractiva o de explotación, porque seguimos fundados en la misma idea de progreso y desarrollismo, esa transformación necesaria pasa -a mi modo de ver- por la fuerza que adquiera la movilización social con el desarrollo del poder ciudadano.

De paso señalo que estos espacios hay que aprovecharlos para eso. Cada estado de la República Bolivariana de Venezuela tiene una Dirección Estatal Ambiental, en el caso del Área Metropolitana y Vargas hay uno solo, por lo tanto hay 23

Direcciones Estadales Ambientales en Venezuela a las cuales hay que exigirles, demandarles y forzarlas a dar respuesta a este tipo de casos en sus propios estados. Sabemos lo que sucede y de ahí se desprenden una serie de cambios que se están operando, pero a un ritmo que no es suficiente para frenar el avanzado grado de deterioro que presenta nuestra realidad.

- *¿Qué pasó con el informe donde la ministra Jackeline Farías decía que no se puede explotar carbón en la Sierra de Perijá? CORPOZULLA está en vías de convencer a Chávez de que, según la evaluación extranjera, esta explotación se puede llevar a cabo sin ocasionar daños al ambiente y a la salud. ¿Por qué no contratan a venezolanos?*

Hay una decisión que está vigente: no otorgar nuevas concesiones. En la Procuraduría General de la República están los expedientes con la opinión del Ministerio del Ambiente respecto a qué hacer con las actuales explotaciones de carbón, pero la decisión vigente hasta este momento es profundizar la exigencia de las medidas de investigación y no proceder a otorgar nuevas concesiones.

- *¿Es cierto que se tratarán las aguas del Río Orinoco para convertirlas en agua potable para la gente de Caracas?*

De momento no está previsto tratar las aguas del Río Orinoco para convertirlas en agua potable. Ese es un viejo proyecto de la época de Pérez Jiménez.

Lo que sí está previsto para Caracas es el Proyecto Tuy IV (estado Miranda) con el fin de liberar a Camatagua, el cual es un embalse que fue pensado y construido para uso agrícola.

Según el índice internacional nosotros podemos vivir con 150 litros de agua al día y consumismo 400, lo cual no quiere decir que la gente de El Junquito o de Antímamo reciba esa cantidad, esto refleja el volumen de agua que consumismo entre toda la población. El 70% del agua que usamos va a las aguas servidas, es decir, desalojamos del cuerpo entre el 70 y el 75% del agua que ingerimos. Preocupémonos por el acceso al agua potable, pero también démosle atención al tema de las aguas servidas, lo cual es medular para el tema de la salud y la calidad de vida. Actualmente se está haciendo una importante inversión en recuperación de plantas de tratamiento de aguas residuales. Este es un llamado a reflexionar sobre la forma en que disponemos de las aguas servidas que nosotros mismos producimos.

### Asia Villegas

---

- *Entiendo, según su exposición, que se están utilizando espacios para la atención médica aun cuando no han sido concebidos con tal fin. ¿Esa es una medida temporal? ¿Resulta idónea la atención en estos espacios?*

Los nuevos espacios son espacios públicos subutilizados, esto tiene que ver con la utilización del patrimonio público. Muchos de nuestros centros funcionan en espacios alquilados ¿Cuántos centros de la Policía Metropolitana estaban abandonados? El CDI en la Avenida 1 de Coche está ubicado ahora en un espacio que antes era de la PM, por dar un ejemplo. En el Guarataro, en un espacio de FUNDACOMUN, se está construyendo un CDI. Hemos asumido el apoderarnos de estructuras que estaban abandonadas, no son medidas temporales, son bienes inmuebles que se adecuan para otros fines.

Respecto a la Misión Barrio Adentro I si bien en un principio se asumieron las casas de vivienda de los compatriotas en las comunidades hoy en día se está buscando resolver dicho problema de vivienda. La adecuación de los consultorios populares o centros de atención popular evidentemente implica la búsqueda de locales adecuados con el fin de dignificar la atención. En un primer momento se asumieron las casas de las comunidades, pero evidentemente una vez consolidada la Misión Barrio Adentro como política pública de Estado, su adecuación es un reto para poder dignificar y mejorar las condiciones de las médicas y los médicos cubanos.

- *¿La atención cubana tiene carácter temporal o por el contrario se pretende institucionalizar permanentemente?*

Evidentemente tiene carácter temporal. Recordemos que aquí se lanzó un concurso a la calle para que las médicas y los médicos venezolanos ocuparan los espacios en las comunidades y sólo se presentaron cincuenta médicas y médicos venezolanos. En Caracas estudiamos los orígenes de Barrio Adentro a través del Instituto de Desarrollo Social (IDE), se hizo un llamado público a través de un aviso de prensa en el Municipio Libertador, a ese llamado público acudieron cincuenta

médicos. Posteriormente, como política local del IDE, se trajo al primer grupo de médicas y médicos cubanos. Cuento esto para refrescar un poquito la memoria.

Luego del impacto político y social que tuvo el proyecto el mismo se asumió como una política pública nacional. Su ubicación en nuestras comunidades en este momento es indiscutible, tanto así que las médicas y médicos venezolanos que antes decían que las cubanas y cubanos no eran médicos hoy en día se están sentando juntos a diseñar políticas, como por ejemplo, en el caso del brote epidémico del sarampión. También están los coordinadores parroquiales de la misión cubana con los médicos y médicas de nuestros distritos sanitarios ambulatorios. Igualmente estamos haciendo la sala situacional de tuberculosis, en una relación horizontal de respeto, conocimiento y reconocimiento. También es bueno saber que hay personal venezolano, aunque escaso, en Barrio Adentro I y Barrio Adentro II. Los odontólogos venezolanos y cubanos están trabajando juntos. Todo esto sabiendo que la misión cubana es de carácter temporal, solidario e internacional.

El reto para nosotros son seiscientos SRI, es decir, que ni teniendo a todos los fisioterapeutas y rehabilitadores/as de Venezuela cubriríamos todo el personal que requiere sustentar una red como esa en todo el país, por eso estamos en la formación y capacitación de técnicos para las SRI. Estas salas son un sueño, mucha gente nunca en su vida pensó que pudiera tener terapia ocupacional ¿por qué? porque siempre se pensó que esos eran espacios reservados a la medicina privada, un lujo impensable para las zonas excluidas.

Las médicas y médicos cubanos no le están quitando el trabajo a las médicas y médicos venezolanos. En el Hospital de Los Magallanes de Catia tenemos una sala de soporte vital desde hace por lo menos tres años y la misma no se ha podido inaugurar porque nos faltan médicos especialistas. El año pasado lanzamos un concurso y no pudimos abrir ese servicio, todos querían hacer cirugía plástica.

Abrimos el servicio de pediatría del Hospital Vargas después de haber estado dos años cerrado porque las camas estaban abarrotadas en emergencia. Si no se resuelven los problemas estructurales hablamos de logros a medias.

Abrimos un servicio de mamografía en la Maternidad Concepción Palacios que en menos de tres meses hizo trescientas mamografías gratuitas. Una tomografía cuesta 180 mil bolívares, nosotros la hacemos de manera gratuita, también es cierto que a veces no hay dinero para pagarle al tomógrafo y tenemos que ingeniárnosla para poder seguir adelante. Estamos creando un precepto de

gratuidad, pero al mismo tiempo nos enteramos de que continúan cobrando en algunas áreas ¿y lo vamos a negar? No. Esa es la lucha por la construcción de un nuevo sistema.

Durante a tragedia del 23 de agosto del año 2005, muchos pacientes de Los Magallanes de Catia<sup>3</sup> fueron trasladados a los CDI ubicados en Coche, en el Fuerte Tiuna, y así les salvamos la vida en medio del caos.

La misión cubana está constituida por hombres y mujeres, por personas con afectos, con desafectos, con cualidades y defectos. La tarea que están llevando a cabo es loable internacionalmente.

- *¿De qué manera propone usted erradicar la corrupción que está inmersa dentro de la institución? Las denuncias no son tomadas en cuenta, se ha perdido la ética profesional.*

Este proceso histórico nos pertenece y no tenemos el derecho a perderlo. Yo viví en la Unión Soviética cerca de diez años y vi como eso se cayó como una torre de naipes. Viví tres meses en Nicaragua y vi como las corruptelas y la burocracia devoraron el proceso sandinista. No tenemos derecho a fracasar. El día en que los funcionarios y funcionarias asumamos el compromiso que tenemos con este proceso eso implicará la rendición de cuentas de lo que omitimos o dejamos de hacer.

¿Cómo controlar la corrupción? Con el control social, administrativo y fiscal. Con la rendición de cuentas. Ya tenemos nuestro portal (<http://alcaldiamayor.gob.ve/portal1/ssalud.php>) y yo seré feliz el día que allí aparezca nuestra rendición de cuentas y el manejo detallado de nuestro presupuesto. El mecanismo informático permite el libre acceso a la información.

Respecto a las denuncias les digo que el Ministerio Público, la Contraloría General de la República, la Defensoría del Pueblo, tienen que afinar sus mecanismos, el estado de derecho debe ser mucho más efectivo en la exigibilidad y la justiciabilidad porque la impunidad evidentemente nos ha marcado como pueblo. El mecanismo verdaderamente efectivo para acabar con la corrupción es acabar con la impunidad, pues esa es la sábana que la esconde y la invisibiliza.

- *¿Cuándo se comenzarán a ver realmente los frutos de esta concepción de salud y de la gestión ambiental? El área metropolitana aparece cada día más caótica, más inhumana, más violenta, lo cual no garantiza el derecho a la salud de sus habitantes.*

Evidentemente Caracas es una ciudad violenta, de grandes inequidades, donde está muy marcada la violencia contra la mujer, la violencia intrafamiliar, la violencia

con mecanismos de comunicación social. Todo eso tiene que ver con una concepción de salud mental integral dentro de una gestión que debe ser compartida por el Ministerio de Educación, el Ministerio del Ambiente, las dependencias del sector salud, inclusive hasta con el Ministerio del Trabajo, por el tema del medio ambiente adecuado en el trabajo. Debe existir una política que transversalice todos los ministerios, todos los hacedores de políticas públicas, direccionada a crear una ciudad para la paz, una ciudad con ciudadanos y ciudadanas con principio de ciudadanía que puedan soñar en paz y amanecer sin tener que meter tantas llaves en los apartamentos y los carros, que puedan saludar al vecino, porque si navegamos por Internet y nos comunicamos con múltiples países también podemos comunicarnos con el vecino o la vecina sin torcerle los ojos o tener que pegarle un grito al chofer de la camioneta.

## Situación del derecho a la salud desde una perspectiva integral



**Yolanda D'Elías** (Especialista en salud - CONVITE)

Vamos a ver si efectivamente la universalidad del derecho a la salud, contemplado en la Constitución, ha tenido avances o ha tenido algún tipo de dificultad para poder concretarse.

Primero debemos entender qué es la universalidad. La universalidad es un lenguaje de derecho, es decir, cualquier política pública fundamentada en derecho debe trabajar con el concepto de universalidad. Universal significa que es de todos, tiene que ver con una característica fundamental y es que eso que es de todo es SIEMPRE, no se trata de quitar y poner, lo tengo ahora y no lo tengo mañana. No. Es algo constante, permanente; además se basa en un acuerdo moral en el cual el derecho es propio de la condición de persona, es decir, las personas no pueden vivir de cualquier manera, las personas viven de una determinada manera y el derecho es la garantía de poder vivir de esa manera. Pero además la universalidad permite que efectivamente todos podamos entrar en una condición de igualdad, lo cual equivale a decir que efectivamente empezamos a vivir como personas sobre la base de un conjunto de garantías establecidas por las normas fundamentales de cualquier país.

A mí me gusta mucho contextualizar el concepto de universalidad en las Constituciones pasadas para poder entender sobre qué retos o desafíos estamos hablando en este momento con la nueva Constitución, es muy importante partir de la del 47 porque la misma representa el arranque del sistema público, esa Constitución expresa lo que en ese momento estaba ocurriendo en el país y es el arranque de un concepto de universalidad en salud a partir del cual se logró empezar a construir la idea de sistema público de salud en Venezuela.

El derecho no está escrito como tal, pero en el 47 la salud efectivamente se reconoce como un derecho, como parte de los asuntos públicos -de los asuntos colectivos de la gente-, pero además el Estado, siendo el garante de esos asuntos públicos, es el responsable principal de velar por ese derecho. Sin embargo visto allí el derecho tiene los límites del Estado, en esos momentos el Estado se estaba formando en Venezuela y el derecho es parte de la delimitación del Estado, es decir, el derecho alcanza lo que el Estado pueda alcanzar. Si el Estado no alcanza ese derecho es de alguna manera restringido, por eso se entendió mucho, dentro de esa percepción, el derecho como servicio: yo trabajo desde el Estado la garantía para otorgar servicios a la población y hasta donde alcancen esos servicios llega el derecho. Esa era la visión de entonces.

En 1961 hay un cambio radical en esa visión. En ese año se dio la discusión de por qué no continuar con la concepción del 47 y debido a una cantidad de circunstancias históricas en la Constitución de 1961 se cambió la lógica del derecho. Se dijo: la salud pasa a las personas, pero se convierte en un asunto particular, es decir, cada quien responde a la salud por sus propios medios y el Estado solamente entra con un carácter subsidiario, cuando las personas no pueden hacerlo por sí mismas, entonces lo público pasa a ser un asunto sólo de aquellos que no pueden garantizarse el derecho por sí mismos, vale decir que es una visión del Estado para los excluidos, para los más necesitados, etc. Se convierte por lo tanto en un Estado selectivo y por ende lo público se hace selectivo, se hace para un grupo de la población, el resto se supone debe garantizarse el derecho por sí mismo.

En la Constitución del 99 se da un cambio importante en la discusión. La salud efectivamente es un derecho que no está condicionado por la capacidad del Estado, sino que se convierte en un derecho de las personas ligado al tema de la calidad de vida, es decir, la salud no es un asunto solamente de servicios, sino que tiene que ver con un conjunto de factores que la afectan. Si nosotros no podemos diferenciar y atacar esos factores la salud seguirá siendo un problema no resuelto.

Una vez ligado a la calidad de vida el derecho pasa a ser no solamente un asunto público desde la capacidad del Estado, sino un asunto de toda la población, dando así posibilidad a que la gente y sus diferentes formas organizativas se involucren en el tema y empiecen a actuar con el Estado para que la salud sea realmente un derecho humano, un derecho propio de las personas.

Los problemas de salud, vistos desde la perspectiva del 99, se entienden como problemas de todos y si no se involucra a la sociedad en su conjunto el problema no se resuelve, porque nadie está a salvo de ser afectado por un problema de salud.

Sin embargo la población venezolana y el Estado venezolano durante las últimas décadas lo que ha construido es un concepto privado de salud, mucho más que en educación, el cual ha sido un derecho mucho más asequible y garantizado. En el caso de la salud la visión es privada. En Venezuela la gente paga la salud de su bolsillo, es una privatización de hecho, no desde el modelo, sino de lo que la gente hace para poder garantizarse el derecho, incluyendo el propio Estado, puesto que el mismo es el principal comprador de pólizas de seguro al sector privado para poder garantizar el derecho de los funcionarios y funcionarias del sector público. Esto lleva al Estado a incumplir muchas veces con el Seguro Social. El déficit en el Seguro Social es enorme, pero el Estado paga seguros privados. Si ustedes le preguntan a los funcionarios/as públicos si estarían dispuestos a renunciar al HCM crean pánico colectivo, incluso si le preguntan a funcionarios del MSDS «¿Usted estaría dispuesto a renunciar al HCM para poder desviar esos recursos a los hospitales públicos?» Ellos mismos responden que jamás llevarían a sus familiares a un hospital público.

El problema es el concepto que tenemos de lo público, justamente porque tenemos una historia en la cual el derecho a la salud se convirtió en un «derecho» privado por la vía de los hechos y, evidentemente antes del 99, también por la vía de los poderes, en eso que se fue debilitando en términos de propuesta se fue creando la manera como la población entiende la salud y la práctica. Si eso no cambia nosotros vamos a continuar teniendo dificultades para poder construir un sistema público.

¿Qué ocurre en el 99? Que efectivamente los organismos públicos empiezan a construir una política adecuada a la Constitución, vale decir a un concepto de salud como derecho humano y como asunto de todos relacionado con la calidad de vida. Empiezan las discusiones en el gobierno de cómo constituir un sistema público de salud. El principal problema para lograrlo es la enorme fragmentación que existe en el sistema público de salud venezolano. Tenemos dos regímenes que si bien se han hecho esfuerzos muy grandes para poder articularlos siguen estando separados, también tenemos miles de regímenes fraccionados por todo el sistema gubernamental y, como ya señalé, está el tema de la privatización de hecho, hasta el año 2000-2001 el gasto de las familias en salud iba en aumento, sobre todo en lo referente a compra de medicinas.

El esfuerzo de articulación se ve dificultado por diferentes razones entre el 2001 y el 2004. No me voy a referir a todas ellas, pero existieron muchísimos problemas para que ese sistema realmente pudiera avanzar desde el punto de vista de su propio concepto. Algo muy importante es que la discusión de la ley de salud

comenzó por crear una ley del sistema gubernamental de salud, es decir, cómo superar la fragmentación de los sistemas. Lo privado quedaba afuera por razones considerables, pero también se dio la discusión de que como en el derecho a la educación %el derecho a la educación es un derecho público y el sector privado entra por una concepción del Estado para poder brindar programas de educación% el Estado debía tener cierta capacidad regulatoria. En salud esto no es así, el privado está afuera y tiene mucha influencia aunque se le pongan ciertas delimitaciones dentro de la prestación del servicio, pero sigue teniendo la influencia.

La Ley Orgánica de Salud es una ley del sistema gubernamental de salud. Dentro de la discusión se logró construir un concepto de derecho que permitiera hacer de la salud, independientemente de quien la preste, un derecho de las personas y partiendo de ese hecho debe ser garantizado.

Todavía hoy tenemos no solamente un sistema fragmentado en el ámbito público, sino un sistema separado entre lo privado y lo público. Cuando me refiero a lo privado no me refiero precisamente a clínicas lujosas, sino a cualquier «taguara» que se monte en cualquier parte del país, esos consultorios pequeñitos que no están regulados por el Estado.

Después de eso se comenzó a discutir el tema de cómo llevar el sistema público de salud sobre unos criterios que ayudaran a poder dar una cierta orientación muy cercana a lo establecido en la Constitución. Aparecieron entonces los criterios de universalidad de derecho como un elemento integral, la equidad como un elemento fundamental en el entendido de que efectivamente todos, si nos vemos en algún momento afectados, necesitamos estar dentro del sistema y ser atendidos de acuerdo a las necesidades que tengamos, puesto que las mismas son distintas, las personas que componen una sociedad son distintas entre sí y por lo tanto esas diferencias hacen que el sistema tenga que revisarse si efectivamente aspiramos a alcanzar la universalidad.

La calidad de vida empezó a cobrar muchísima fuerza y comenzó a entenderse como el espacio integrador de la acción del Estado para efectivamente resolver problemas de salud. Todo eso generó en una estrategia llamada Misión Barrio Adentro y le llamo estrategia porque surge de la concepción de operar la política de manera mucho más rápida a través de un mecanismo expedito, fuera de la instituciones, para poner en marcha algo que no podía ser operado desde el sistema institucional formal.

El concepto de Barrio Adentro es una estrategia que buscaba llevar la política hacia sectores donde había un alto déficit de atención en salud. Barrio Adentro

comparte, con otra cantidad de programas, la estrategia de Misión así como también comparte el hecho de que esa estrategia fue directamente dirigida hacia el interior de los sectores populares. Esto se logró porque se contó con una enorme cantidad de personal cubano que llegó a Venezuela en el año 2003 y porque a través de la gente se lograron organizar los espacios más recónditos, sobre todo en los centros urbanos que desde el 99 hasta la fecha han crecido enormemente llevando al incremento del déficit de atención a la salud.

El Barrio Adentro que empezó en el 2003 era más operativo, su puesta en funcionamiento contó con un esfuerzo enorme por parte de las comunidades. Los médicos cubanos fueron colocados en los sectores populares con ayuda de esas comunidades y se debe a ellas que los médicos efectivamente hayan podido lograr lo que han logrado hasta ahora.

En el 2004 el MSDS asume Barrio Adentro como parte de su política central y sobre eso se fueron montando un conjunto de iniciativas. Desde el punto de vista teórico, cuando se comienza a entender lo que representa Barrio Adentro para la política se empieza a ver la diferencia entre lo que se quiere lograr y lo que efectivamente existe en Venezuela.

Cuando hablamos de cuatro mil unidades de ambulatorios en la red existente, estamos hablando de que el 70% son medicaturas rurales, servicios pequeñitos que fueron quedando obsoletos ante las demandas de la población, es decir que el déficit en materia de infraestructura de salud en el país fue y todavía sigue siendo enorme.

En el modelo que trae Barrio Adentro la atención es ampliada, significa que el médico se quede en el sitio, que hay un módulo que presta un servicio en diferentes áreas, la atención va mucho más allá del servicio que está prestando y pasa a ser un problema de la comunidad en general y de la acción que las comunidades puedan ejercer en términos de resolver los problemas de salud. Ahí se incorpora la integralidad en el tema de la calidad de vida como un elemento central.

Desde el punto de vista del derecho el concepto de Barrio Adentro está muy cerca de la universalidad, se utiliza el criterio de población, tanto en el ordenamiento de los servicios como en la atención y en la responsabilidad que tiene el médico. La población es un elemento obligante, en ella radica la responsabilidad que tiene el médico de atender a un número determinado de personas acerca de las cuales hay que rendir cuentas.



**Maureen Riveros (Provea)**

Les voy a presentar el capítulo sobre el derecho humano a la salud correspondiente al período 2004-2005. Tal vez haya unos datos que para este momento estén desactualizados en relación con los datos presentados en las ponencias anteriores.

Esto está enlazado con el Taller que vamos a tener esta tarde donde vamos a trabajar los componentes del derecho a la salud, este balance intenta responder a esos componentes.

El balance del derecho a la salud en el período 2004-2005 presentó signos contradictorios. Por un lado hay avances en algunos aspectos y en algunos de los componentes y por otra parte, hay muestras de retroceso en otros componentes. Uno de los avances sustantivos que Provea señala es el incremento de la cobertura y universalización de la red de atención primaria a la salud. Otro aspecto que Provea valora positivamente son las medidas orientadas a enfrentar la fragmentación del sistema público de salud, lo cual tiene que ver con que en agosto de 2005 Barrio Adentro se incorporó como política central del Ministerio de Salud, concepciones que antes funcionaban separadas, y se extendió a todos los niveles, además del nivel ambulatorio se extendió al segundo nivel con los CDI y los SRI, así como también se pretende incorporar el nivel hospitalario.

Como aspectos negativos está el déficit presupuestario así como la inequidad en su distribución. Continúan las fallas en la dotación de recursos, las zonas rurales del país tienen menor acceso al presupuesto, lo cual se refleja en menor acceso a personal y a la propia estructura de salud.

En relación con la disponibilidad de bienes, servicios y establecimientos, encontramos como aspecto positivo un incremento importante en el número de establecimientos y centros comunitarios del nivel primario de la salud. Comenzó con la Red Pública Primaria de Atención de Salud, la cual está compuesta por 4.084 ambulatorios, 296 hospitales (tipo I, II y III) y 8.873 puntos de atención de Barrio Adentro.

Entre el 2004 y el 2005 a esos 4.084 ambulatorios se suman 568 consultorios populares, 3.530 locales adaptados y 4.765 puntos de atención en casas de familia, además de 1.415 clínicas odontológicas, algunas funcionan en locales de Barrio Adentro y otras en casas adaptadas. Para esa fecha se habían adaptado 30 CDI y 30 SRI. Todo eso hace un total de 10.348 centros de atención que se suman a los 4.084 anteriores de la Red Primaria de Atención a la Salud.

Provea también valora de manera muy positiva el incremento del recurso humano, porque obviamente así se garantiza mayor accesibilidad y mayor cobertura en la atención. Durante ese período el recurso humano se incrementó en 24.165 personas que se integraron al sistema público de salud, quienes se suman a los 61.551 que existían antes para contabilizar un total de 85.716 personas que laboran en el campo de la salud. Todos estos datos son relativos puesto que se trata de información que viene por un lado de manera oficial y por el otro de la prensa, por lo cual no se trata de datos exactos, pero son datos referenciales que nos sirven para tener una idea de cuánto personal hay en el campo de la salud.

Por otra parte cuestionamos que ese incremento tanto de personal de salud como de centros de atención presenta inequidades con relación a las poblaciones rurales. Hay un caso que es extremista y por lo mismo lo voy a mencionar, se trata del caso de Táchira, el cual es el estado donde Barrio Adentro ha tenido un menor crecimiento, mientras que en Caracas es donde ha tenido mayor crecimiento. Los datos dicen que mientras la proporción de médicos por habitantes en el estado Táchira es de 1 por cada 24.000 habitantes, en el Distrito Capital es de 1 por cada 1.780 habitantes. La diferencia es bárbara.

En relación al componente de calidad, persisten las fallas en el funcionamiento de la red pública de atención a la salud, entre ellas las comunes son:

- Falta de insumos básicos y medicamentos.
- Falta insumos médico quirúrgicos.
- Falta u obsolescencia de los equipos médicos.

- Insuficiencia presupuestaria.
- Problemas de infraestructura.
- Problemas de camas en las unidades de cuidados intensivos.
- Cobro por servicios.
- Problemas de inseguridad.
- Falta de mantenimiento de los servicios.
- «Ruleteo» de los pacientes.

Dentro de estas fallas el cobro por los servicios ha disminuido, pese a que todavía se mantiene, aún hay denuncias de que en los centros públicos de atención se cobra por los servicios -no tanto de manera directa, sino en forma de canje-, Provea tiene una base de datos donde registra esos cobros. Durante ese período disminuyeron de manera sustancial (aproximadamente en un 50%) las denuncias de cobros en hospitales y en ambulatorios, sin embargo aún se mantienen. Esto tiene relación con que la Secretaría de Salud durante ese período hizo una campaña fuerte en los hospitales del área metropolitana prohibiendo el cobro de los servicios, esto influyó en la disminución de las denuncias, lo cual no quiere decir que esta falla esté erradicada.

En relación con la calidad y accesibilidad y específicamente en relación con la salud materno-infantil, en el 2003, se evidenció una disminución de la mortalidad materna (57,7% por 100.000 NVR), esta tasa fue de 68% en el 2002. Estos datos están bastante desactualizados, el último dato que Provea pudo conseguir fue del 2003, todavía hoy no hay datos actualizados sobre la mortalidad materna, esa es una deuda que tiene el Ministerio con todos nosotros. Ese es uno de los déficits: la falta de información actualizada. Asimismo, persisten causas de mortalidad evitables, hay insuficiencia de camas obstétricas, sobre todo en Miranda y en Vargas, el caso de Vargas es más dramático. La base de datos de Provea registró durante ese período 63 muertes por atención médica inadecuada o inoportuna, de las cuales el 68% eran de neonatos.

Igualmente persisten las fallas en el tratamiento de desechos hospitalarios, en la mayoría de los hospitales del país no funcionan los sistemas de tratamiento de desechos y por lo general estos son tratados como si se tratara de basura corriente. Persiste también la insuficiencia e inequidad en la distribución de los recursos.

En relación con la promoción y la prevención en salud, Provea valora de manera positiva la incorporación de registros de enfermedades llevados por Barrio Adentro al sistema de información epidemiológica del Ministerio de Salud. Por otra parte todavía el Ministerio no logra recopilar toda la data para generar los informes de enfermedades, pero con la incorporación de Barrio Adentro, por lo menos hay una base.

Persisten las infecciones respiratorias agudas, la diarrea y la fiebre como las principales enfermedades relacionadas con el medio ambiente y la calidad de vida. La cobertura nacional de inmunizaciones no alcanza el 100%. Aunque hubo una mayor cobertura durante ese período, la misma aún no cubre al 100% de la población. Otro dato negativo es la «feminización» de la epidemia de VIH-SIDA. No hay información real acerca de cuantas personas padecen VIH-SIDA, pero se viene registrando un incremento importante en la incidencia del VIH en la población femenina.

En relación con la malaria se evidencia un incremento mantenido de la incidencia de la enfermedad en el país. Aunque ha habido un descenso con respecto al año 2004, todavía sigue siendo un número muy elevado. Para el 2005 se registraron 41.862 casos de malaria.

<b>Casos de Malaria</b>	
<b>Años</b>	<b>Acumulado de casos</b>
2002	29.337
2003	31.186
2004	46.244
2005	41.862

En cuanto a los casos de dengue tenemos las siguientes cifras

<b>Casos de Dengue</b>	
<b>Años</b>	<b>Acumulado de casos</b>
2002	37.676
2003	26.996
2004	30.693
2005	38.598

La relación de los casos de tuberculosis sí es alarmante:

<b>Casos de Tuberculosis (tasa por 100.000 habitantes)</b>		
<b>Años</b>	<b>Casos nuevos</b>	<b>Tasa</b>
2000	6.089	25,2
2001	6.110	24,8
2002	5.971	23,8
2003	6.501	25,4

Si bien no contamos con datos actualizados vemos que los datos del 2003 evidencian un incremento de esta enfermedad sobre todo asociada con el VIH-SIDA.

En relación con los factores determinantes de la salud (acceso a agua limpia y potable, servicios básicos sanitarios, alimentación suficiente, suministro suficiente de medicamentos básicos), la situación es similar a la encontrada en las instituciones públicas de salud, en tanto que persisten las inequidades entre la zona rural y la zona urbana: Con respecto al derecho a una vivienda digna realizamos una comparación en el período 1998-2003, pues de esta fecha fue el último dato que pudimos conseguir, y encontramos que el porcentaje de viviendas en 1998 para el sector urbano fue de 63%, mientras que en el rural alcanzó apenas el 28%. Para el 2003, en el sector urbano el número fue de 66% y en el rural fue del 40%.

Dentro del porcentaje de viviendas según prestaciones de servicios en el sector de recolección de basura existen tres categorías:

1. La recolección directa
2. El container
3. Servicio de recolección

Debemos señalar que, además de que las cifras oficiales revelan una reducción de la prestación de los servicios de recolección directa de basura, se evidencia también un incremento en el uso del container. Esta situación evidencia fallas institucionales en la prestación de servicios sanitarios básicos –como es la recolección de la basura- muy vinculados con el disfrute de salud y calidad de vida.

El Informe es mucho más amplio, yo tuve que hacer un resumen, pero ahí tienen el capítulo de salud. En diciembre va a estar listo el Informe correspondiente al período 2005-2006. Cada vez que terminamos un capítulo hacemos una serie de recomendaciones. En este caso entre las propuestas y exigencias se encuentran:

- Cumplir con el compromiso de la eliminación del cobro directo o indirecto en todos los centros públicos.
- Garantizar suficiencia y distribución equitativa de los recursos para el buen funcionamiento del Sistema Público Nacional de Salud.
- Fortalecer el Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

- Aprobar y promulgar una nueva ley de salud.
- Integrar el presupuesto destinado a Barrio Adentro al presupuesto del MSDS.
- Actualizar las cifras de mortalidad, las cuales están solamente hasta el 2003.
- Relevar la salud mental dentro de las prioridades de las políticas públicas de salud. Ese ha sido y continúa siendo un tema completamente abandonado por el MSDS.
- Establecer una normativa clara y sencilla para la constitución y el fortalecimiento de los Comités de Salud en la Misión Barrio Adentro.
- Formular y poner en ejecución un programa y sistema de abastecimiento, dotación y mantenimiento regular en la red pública.
- Acentuar los esfuerzos para lograr la integración normativa, programática y territorial entre el sistema sanitario público y los centros de salud de la Misión Barrio Adentro.



### Taller III CÓMO INVESTIGAR LA REALIZACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD



Facilitadora  
**María Elena Rodríguez**

#### ■ OBJETIVO DEL TALLER

1. Entender la importancia de monitorear la salud como derecho humano
2. Identificar los requisitos para hacer ese monitoreo
3. Identificar algunos indicadores de medición de la salud como derecho humano
4. Compartir una metodología de investigación

#### ■ CONTENIDOS

¿Qué implica monitorear con enfoque de Derecho?

- Evaluar la actuación del Estado con base en las obligaciones internacionales, regionales y nacionales
- Enfocada en los componentes del derecho humano a la salud
- Centrada en grupos y sectores más vulnerables

- Otorgando importancia a la data disgregada
- Variedad en las estrategias de recolección de la información
- Importancia del uso de una metodología científica y sistemática en el análisis de la información
- Considerando los contextos político, económico, social y cultural presentes

La importancia de monitorear el derecho humano a la salud

- Esencial para crear cultura sobre la rendición de cuentas del Estado en sus tres niveles de actuación
- Nos permite evaluar el cumplimiento de las obligaciones que asume el Estado en el ámbito nacional y frente a la comunidad internacional
- Nos permite identificar las debilidades y fortalezas institucionales en el respeto, garantía y protección del derecho
- Nos permite identificar las barreras y obstáculos que afectan la plena realización del derecho
- Nos permite contar con una data e información necesaria para identificar inequidades y hacer observaciones y recomendaciones coherentes, pertinentes y oportunas

La importancia de monitorear el Derecho Humano a la Salud

- Conocer las obligaciones a cargo del Estado (de respeto, protección y garantía del derecho humano a la salud)
- Conocer los componentes normativos del derecho humano a la salud (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad)
- Tener claridad sobre los objetivos del monitoreo
- Centrar la investigación (sector de salud, área geográfica, grupos o sectores de destino, políticas desarrollada)
- Escoger una metodología y estrategia apropiadas

- Contar con fuentes de información fiables
- Analizar la data con fines de identificar patrones y tendencias
- Presentar evidencia sobre inequidades en el disfrute del derecho, potenciales violaciones y violaciones consumadas
- Contar con una data estadística que permita hacer análisis por períodos

## **METODOLOGÍA**

- Exposición de la facilitadora.
- Comentarios, reflexiones, inquietudes de la/os participantes.
- Trabajo en grupos para analizar recortes de prensa.
- Compartir en plenaria.
- Cierre de facilitadora
- Evaluación y cierre.

## Experiencias nacionales organizativas y de luchas en defensa del derecho a la salud

### Participación y contraloría social

Elsa Torres Caso La Owallera

*«Salud y dinero son dos cosas distintas»*

María Elena Rodríguez Caso J.M. de los Ríos

*«Rescato la importancia de lo que se puede hacer cuando las comunidades se organizan»*

Irma Beltrán (Consalud)

*«Hay que trabajar con las comunidades y no para las comunidades»*

Lilian Montero (Cecodap)

*«Hablar de los niños como sujetos plenos de derecho quiere decir que ellos disfrutan de todos y cada uno de los derechos que tenemos todos los ciudadanos»*

Noris Correa (Codehva)

*«Creemos en una participación ciudadana responsable»*

Víctor Díaz (Hidrocapital) Mesas Técnicas de agua

## Experiencias internacionales de organización y lucha por el derecho a la salud

Natalia Paredes Experiencias de articulación

*«La salud es un derecho y por lo tanto no se puede vender como se vende cualquier otra mercancía»*

María Silvia Emanuelli (Tribunal de Agua)



**Elsa Torres**

Caso La Owallera

Intoxicación química-orgánica  
del Hospital José Antonio Vargas,  
Owallera-Aragua  
(21 de marzo de 1993)

### ¿Cuáles son los hechos?

Un 21 de marzo de 1993 se hizo la limpieza de los ductos del aire acondicionado del Hospital José Antonio Vargas, perteneciente al Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS), ubicado en Palo Negro, sector La Owallera del estado Aragua.

Los ductos del aire acondicionado se limpian con soda cáustica (hidróxido de sodio), a razón de esto hay que hacer una proporción de 1 x 10 (1 litro de soda cáustica x 10 litros de agua). Pues resulta que cuando se hizo la mezcla para el mantenimiento de esos ductos, utilizaron solamente 1 litro de soda cáustica, lo cual ocasionó que se desintegrara la fibra de vidrio de los ductos de aire acondicionado. Toda esa combustión química originó otro elemento, lo solemos llamar el elemento «X», que hasta la fecha desconocemos sobre su composición química. Lo que por supuesto afecta nuestro derecho a un diagnóstico oportuno y más adelante a recibir un tratamiento médico adecuado.

Cuando el personal nocturno llegó a las 7:00 p.m. -entre las cuales me encontraba-, para cumplir con la jornada laboral encontramos que los pabellones estaban cerrados, porque supuestamente estaban contaminados. Esto siempre sucede en los hospitales, es decir, para nosotros no se trataba de algo nuevo. Aproximadamente cuarenta y cinco minutos después notamos que el personal del pabellón empieza a salir con edemas de glotis (inflamación de la lengua y la

glotis que produce una apnea o paro respiratorio) y paros respiratorios. A esto se aúna que no teníamos el equipo suficiente para atender esta emergencia (se trataba de un hospital recién inaugurado).

A las 9:00 p.m. todo el hospital estaba en emergencia, tanto los servicios de hospitalización como el personal y los pacientes. A las 10:00 p.m. se había evacuado a ochenta pacientes más doscientos treinta y dos trabajadores(as) que estábamos de guardia en ese momento. La gente estaba en el estacionamiento pidiendo auxilio, ya que el hospital no contaba con medios de comunicación, teléfono y/o radio. Se trata de una zona rural del estado Aragua. Gracias a Dios tenemos una base aérea y el soldado que se hallaba en la garita reportó que había una emergencia en el hospital; la primera ayuda que recibimos fue de la Fuerza Aérea con sus ambulancias, luego llamaron a los bomberos y entonces se activó el sistema de emergencia.

Tardaron 72 horas para evacuar a ochenta pacientes y, lamentablemente, los últimos en evacuarse fueron los recién nacidos, porque supuestamente las incubadoras los protegían. Esos recién nacidos no superaron las 72 horas, todos fallecieron.

El IVSS dijo que eso fue algo que pasó y ya. A la semana reabrieron el hospital obligándonos a trabajar sin darnos la seguridad de que el hospital se hallaba en condiciones adecuadas y aptas para el trabajo. ¿Qué ocurrió? Que prácticamente todo el personal del hospital resultó afectado. En ese momento cierran el hospital y es ahí cuando deciden abrir una investigación, es entonces cuando contactan al Instituto de Investigaciones Científicas (IVIC), al Fondo Nacional de Investigaciones Agropecuarias (FONAIAP), actual Instituto Nacional de Investigaciones Agrícolas (INIA) y a la División de Desastres de PDVSA.

El IVIC nunca entregó sus informes, porque el Estado no le pagó. FONAIAP y PDVSA sí los entregaron. Ellos deciden colocar hámsteres y ratones de laboratorio en el hospital, luego de cinco meses, y estos animales no duraron ni 72 horas. Padeciendo hemorragias microcelulares, envejecimiento precoz de órganos y sistemas. Se evidenció que hígado, riñones y cerebro mostraban cambios significativos en su tamaño, forma y coloración, entre otras causas, por congestión vascular. Igualmente, se encontraron trastornos circulatorios, hemorragia focal, proceso degenerativo hepatocelular difuso de tipo hidrópico y una degeneración aguda de las fibras del miocardio; concluyéndose que la causa de estas afecciones tenía que ver con las condiciones ambientales en el hospital y no con procesos causados por un agente biótico, como por ejemplo,

virus, bacterias, parásitos u hongos. Estos estudios se repitieron nuevamente en ocho cobayos. Según informe del 14 de julio de 1993, los cambios patológicos que se evidenciaron en 7 cobayos centinelas fueron similares a la muestra anterior, con presencia de lesiones agudas de tipo degenerativo localizadas principalmente, en hígado, riñones, corazón, pulmones y cerebro.

Yo me di a la tarea de averiguar qué sucedió con la vida de esos ochenta pacientes. En dos años ninguno de los pacientes sobrevivió. Luego de tres años de ocurridos los hechos, el IVSS evaluó a 746 personas de 1.200 afectados de los sucesos de intoxicación química orgánica ocurridos en el hospital, llegando a reconocer sólo a 123.

### ¿Qué consecuencias trajo todo esto?

#### **Consecuencias inmediatas**

- La muerte de los recién nacidos.
- La evacuación y cierre del hospital en dos ocasiones.
- La crisis creada en los demás hospitales del estado Aragua, por no estar en la capacidad de recibir el número significativo de pacientes afectados.
- El trato discriminatorio que se mantiene en la asistencia a la salud de las personas afectadas por la intoxicación.
- La estigma creada en torno de los afectados(as), con la calificación de reposeros de la Owallera.

#### **Consecuencias mediatas**

- Todas las secuelas que esto dejó en la esfera personal, familiar, social y profesional.
- El hecho de que esas personas por falta de asistencia médica oportuna y de calidad no pudieran sobrevivir a la intoxicación.

#### **Consecuencias tardías**

- Aunque, los y las afectados(as) de la intoxicación ocurrida en el hospital contamos de por vida con secuelas graves en nuestro estado de salud física, mental y social seguimos aquí, luchando.

Los primeros tres años cada quien iba por su lado. En 1996 nos dimos cuenta de que han fallecido varios(as) compañeros(as), por lo cual decidimos unirnos y organizarnos, así fue como conformamos el Comité de Afectados y tuvimos la

oportunidad de que Provea, la Escuela de Formación Obrera (EFO) y la Asociación de Defensa de los Trabajadores Incapacitados por Accidentes de Trabajo y Enfermedades (Atrinca) nos asesoraran sobre cómo organizarnos y cómo reclamar nuestros derechos. A partir de ahí fortalecimos las acciones de calle. Empezando el año tomamos la Asamblea Legislativa del estado Aragua. No logramos mucho. En ese mismo año (1999) veintidós madres decidimos tomar la Catedral de Caracas, ahí llegaron desde representantes de la Iglesia hasta el presidente de la República. También interrumpimos una rueda de prensa del presidente del IVSS y tuvimos acceso a los medios de comunicación.

Fue así como logramos que el Seguro Social empezara a responsabilizarse frente a los hechos ocurridos en el hospital de la Owallera. Luego de un proceso de negociación logramos que nos diera una incapacidad y una jubilación de gracia, se creó un Fondo Único de Asistencia Médica, de 20 millones de bolívares (que no es mucho) para poder pagar exámenes especializados, los cuales son sumamente costosos. Todo eso lo logramos a través de la unión, pese a que estábamos muy mal de salud. Provea y otras organizaciones nos apoyaron mucho.

En el año 2000 el IVSS resuelve su problema administrativo. Tenía 137 trabajadores en reposo y tenía que pagar a 137 suplentes, por lo tanto comienza a incapacitar y a jubilar a trabajadores(as) afectados(as).

En el año 2003, decidimos llevar a cabo una acción judicial ya que el Seguro Social nos metió en el mismo «frasco» de todos los pensionados de Venezuela y ya sabemos cómo está el tema de los(as) pensionados(as) y de las personas con discapacidad en el país, por lo tanto decidimos actuar legalmente. Ahí fue cuando se interpuso la demanda de responsabilidad administrativa contra el IVSS por daños y perjuicios morales. La demanda se sustenta en el daño causado y la responsabilidad generada del IVSS, como consecuencia de no haber adoptado las medidas necesarias en garantizar servicios de salud oportunos, adecuados e integrales.

Todo esto ha cambiado mi visión sobre los derechos humanos y me he dado cuenta de que sí vale la pena luchar por ellos.

### **¿Cuáles son nuestras fortalezas y debilidades?**

#### **Fortalezas**

- Grupo de afectados(as) fortalecido a nivel organizativo.
- Compromisos legales entre el IVSS y el grupo de afectados(as).
- El Estado reconoce la afectación de 123 trabajadores.

## Debilidades

- Deterioro progresivo e irreversible de la salud de las personas afectadas.
- Desarticulación de algunos de los miembros del grupo de afectados(as).
- Falta de conciencia de algunas personas afectadas de que el derecho a la salud es exigible y justiciable, puesto que no se han dado cuenta de que dinero y salud no son la misma cosa. El IVSS ha usado esa estrategia para dividirnos a través de una oferta de indemnización que no comprende un reconocimiento público de sus responsabilidad frente a estos hechos ni asume compromisos expresos de adopción de medidas que aseguren una prevención y actuación efectiva frente a hechos similares a los aquí referidos.

### Por lo tanto nuestros retos son:

- Que el Estado evalúe a los 677 trabajadores que faltan de los 800 que estaban laborando en ese momento.
- Que el Estado evalúe la infraestructura del hospital, que se abran de nuevo las investigaciones, porque el hospital está enfermo.
- Que el IVSS reconozca públicamente, ante los medios de comunicación, que sí hubo un accidente químico-tóxico, porque a nosotros(as) nos tildaron de «reposeros(as)» y lo hicieron públicamente.
- Que el Estado garantice la asistencia médica y financiamiento del Fondo Único, actualmente el Fondo tiene ya más de un año que no funciona, nosotros estamos sufragando nuestros gastos.
- Sentar precedente en este caso como una violación del derecho humano a la salud.

Si se trata de tomar las calles nuevamente lo volveremos a hacer, no se trata solamente de nuestra salud, sino también de la salud de quienes está dentro del hospital, pues el cáncer de mama y de útero está acabando con la población de mujeres de ese hospital, igualmente el lupus se está volviendo algo muy común.

Por todo eso estamos organizados, estamos buscando la manera de cómo librar la batalla nuevamente, aunque nuestra salud sea cíclica.



**María Elena Rodríguez**

Caso Hospital J. M. de los Ríos

Este caso lo hemos presentado en varias ocasiones, pero decidimos presentarlo nuevamente en este Seminario debido a los resultados obtenidos y el hecho de que haya tenido incidencia en el diseño y ejecución de políticas públicas en salud. Creo que es un caso ilustrativo de lo que podemos lograr abriendo procesos de defensa extrajudicial y judicial por el derecho a la salud.

### **Antecedentes**

En el año 2000 la organización Acción Ciudadana Contra el Sida (ACCSI) nos informa que habían recibido una denuncia de parte de varios de los jefes de servicio del Hospital, por las condiciones en que esos servicios estaban operando. Debo señalar que un año atrás ACCSI junto con la organización Centros Comunitarios de Aprendizaje (CECODAP) habían interpuesto una acción de Amparo a favor de niños y niñas con VIH-SIDA en el Hospital J.M. de los Ríos, lo que generó un precedente positivo.

El J.M. de los Ríos es un hospital tipo IV, es decir, de referencia nacional para la asistencia a la salud de niños y niñas en Venezuela. Este grupo de médicos presentó la denuncia y ACCSI convocó a CECODAP y a PROVEA pensando en formar una alianza de organizaciones que desarrollan un trabajo con enfoque en derechos humanos. Se llevó a cabo una primera reunión donde los jefes de los distintos servicios del hospital presentaron una situación crítica de prestación de los servicios de asistencia a la salud del hospital. Ante esa denuncia las ONG decidimos hacer un modelo de encuesta para presentarlo a los jefes de servicios, con el fin de

concretar cuáles eran los factores que estaban afectando el funcionamiento de cada uno de los servicios.

En ese momento los médicos se echaron para atrás, hago referencia a ello porque la denuncia vino precisamente de profesionales de la salud, pero debido a su relación laboral con el hospital, abdicaron en su lucha. Suele ocurrir que quienes más necesitan de condiciones físicas aptas, equipos médicos en buen funcionamiento, medicamentos e insumos para asegurar un buen desempeño de la profesión, en aras de mantener el trabajo, abandonan las luchas por la defensa de mejores servicios de salud. Aun así pudimos avanzar con los servicios de Cirugía Cardiovascular y Cardiología, fue así como nos enteramos realmente de la problemática de los niños y niñas con cardiopatías congénitas que estaban siendo asistidos por ambos servicios.

Para esa fecha había un aproximado de seiscientos niños y niñas en espera de las intervenciones quirúrgicas. Los datos estadísticos a nivel mundial plantean que la incidencia de cardiopatías infantiles es de 1 a 2%, es decir, de cada 100 niños(as) 1 ó 2 presentan cardiopatía congénita. En Venezuela, según los datos que nos ofrecieron en aquel momento, había aproximadamente cuatro mil niños y niñas con cardiopatías congénitas, de las cuales el 80% podía resolverse antes del primer año de vida, puesto que se trata de cardiopatías sencillas que de ser intervenidas quirúrgicamente en forma oportuna, pueden ser resueltas sin presentar consecuencias mayores, pero de no hacerse las cardiopatías se van complicando y la tasa de mortalidad tiende a aumentar.

### **Estrategia de defensa**

Frente a esta situación las tres organizaciones decidimos asumir el caso y definir una estrategia de defensa con acciones de exigibilidad y justiciabilidad del derecho a la salud. Nos preguntamos qué acción judicial interponer, ya que la experiencia de defensa judicial del derecho a la salud que las tres organizaciones habíamos tenido se había centrado en Amparo constitucional, para el restablecimiento de situaciones jurídicas infringidas y por violación de un derecho constitucional.

El Amparo Constitucional es una acción judicial que busca restituir derechos constitucionales violentados por la acción u omisión en el cumplimiento de obligaciones. Pero también contábamos con la posibilidad de interponer una Acción de Protección contemplada en la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA), la cual tiene la ventaja de que a diferencia

del Amparo actúa directamente en defensa de intereses difusos y colectivos. En otras palabras, por vía de la Acción de Protección podíamos intentar una acción que beneficiaba a un colectivo que presentaba una situación en común (grupo de niños, niñas y adolescentes viviendo con cardiopatías congénitas).

La estrategia judicial vino acompañada de un conjunto de acciones extrajudiciales, como fue el diseño y desarrollo de una campaña publicitaria, bajo el lema «*NO PERMITAS QUE MI CORAZÓN DEJE DE LATIR*». Junto con la creación de un Comité de Familiares donde Cecodap tuvo un liderazgo importante, fue esa organización la que trabajó para organizar ese Comité. Con el Comité logramos que la situación fuera visibilizada en prensa y en otros espacios públicos. Es importante que los(as) profesionales del derecho que llevamos casos contra el Estado ante los tribunales, sepamos que cuando abrimos procesos judiciales, estos los podemos acompañar de otro tipo de acciones de presión pública extrajudicial. A través de esas acciones podemos muchas veces resolver casos de violación de derechos humanos sin necesidad de abrir causas judiciales, en otros casos, fortalecen la estrategia de defensa judicial.

Interpusimos la Acción de Protección invocando amenaza de violación del derecho a la vida y violación del derecho de protección de la salud. La decisión judicial nos la declaró parcialmente con lugar, con una orden de equipar un área de quirófano para el servicio de Cirugía Cardiovascular y la constitución de una mesa, en forma permanente, coordinada por la Defensoría del Pueblo para plantear soluciones que de forma estructurada pudieran resolver la cantidad de problemas que estaban incidiendo en el área de la asistencia en salud.

### **Logros con la Mesa Técnica**

La Mesa de Diálogo nos permitió articular con un conjunto de autoridades competentes en la materia, junto con la Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana (parte demandada por ser el órgano de adscripción del Hospital José María de los Ríos). Entre esos otros actores se encontraron: el Ministerio de Salud, el Consejo de Protección del Niño y del Adolescente, representación del Comité de Familiares –involucrados a la par de las autoridades en la búsqueda de soluciones al problema planteado–, las organizaciones accionantes (Accsi, Cecodap y Provea), el Ministerio Público y la Defensoría del Pueblo.

La metodología que utilizamos fue trabajar en tres Mesas: una mesa técnica, una mesa que analizara la situación financiera y una mesa que después iba a hacer seguimiento a los acuerdos logrados.

En agosto de 2001 llegamos a un conjunto de acuerdos en donde la Alcaldía Metropolitana y el Ministerio de Salud asumieron responsabilidades importantes para la recuperación física y mejora significativa de los servicios de Cardiología y Cirugía cardiovascular del hospital. Dentro de los acuerdos estuvo la dotación del quirófano. Este es un hospital que tiene cinco quirófanos, para ese momento solamente estaban funcionando 2. Frente a la cantidad de población infantil con cardiopatías congénitas en lista de espera que requerían de una intervención quirúrgica se acordó que el quirófano N° 8 iba a ser destinado exclusivamente para esas intervenciones. El mismo se equipó completamente, pero nos encontramos con el problema de que no se trataba solamente de equipar el quirófano, sino que había insuficiencia de personal, por lo cual se acordó también la contratación de enfermeras, personal técnico u profesional de la salud necesario para asegurar intervenciones en forma regular y continuada.

Se logró recuperar la unidad de terapia intensiva, remodelar los servicios de Cirugía Cardiovascular, como el de Cardiología, el cual es el que hace el diagnóstico y después lo remite a Cirugía Cardiovascular para que se realicen las intervenciones quirúrgicas. Para el momento en que interpusimos la demanda, nos encontramos con que el Servicio de Cardiología contaba con un equipo especializado que podía permitir hacer intervenciones de cardiopatías sencillas y sin someter al niño o a la niña a una intervención quirúrgica tan compleja como es abrir el corazón, sin embargo, para ese entonces ese equipo tenía ocho años dañado. ¿Qué hacía el servicio? Remitía a los familiares a centros privados para llevar a cabo la intervención, por supuesto que la mayoría de las personas que acude al Hospital no cuenta con recursos suficientes para asumir los costos de un servicio privado.

A todas estas cuando lograban el diagnóstico la dinámica era remitirlos al servicio de Cirugía Cardiovascular con el fin de llevar a cabo la intervención quirúrgica, pero para ingresar a la lista de espera tenían que pagar un millón de bolívares (1.000.000,00 Bs.), por concepto de bandeja quirúrgica (insumos necesarios) para realizar la intervención. Dentro de los acuerdos se planteó la eliminación del cobro de la bandeja quirúrgica a los pacientes. El Ministerio asumió el compromiso de aportar una partida que garantizara la eliminación del cobro como condición para la intervención quirúrgica. Hoy en día contamos con una partida presupuestaria del Ministerio de Salud para la asistencia de las cardiopatías congénitas en el J.M. de los Ríos.

La Mesa nos permitió incluso entender el problema a nivel nacional y darnos cuenta de que ciertamente hay muy pocos establecimientos especializados que

presten este tipo de asistencia. La Secretaría de Salud ha comentado que el 75% de la población que acude al J.M. de los Ríos viene del interior del país, por lo tanto, había que fortalecer otros establecimientos hospitalarios que prestaban este servicio. El Ministerio asumió ese compromiso y hay avances importantes en la asistencia a niños y niñas con cardiopatías congénitas.

Hoy en día nos encontramos con un hospital que eliminó el cobro a los pacientes y ha incrementado el número de turnos quirúrgicos, sin embargo, no se logró cumplir con la garantía de contar con siete turnos quirúrgicos exigidos por las organizaciones para reducir significativamente la lista de espera. No obstante, podemos decir que ha habido mejoras en el funcionamiento de ambos servicios (Cardiovascular y Cardiología). El servicio de Cardiología cuenta con un equipo de Hemodinamia nuevo, y una sala donde se han incrementado las intervenciones gracias a ese equipo. En tanto que las cirugías cardiovasculares siguen teniendo una lista larga de espera por las intervenciones. Sin embargo, destacamos también como un logro indirecto del caso la creación reciente de un Hospital Cardiológico de referencia nacional.

## **Conclusiones**

Fue un caso importante porque tuvimos incidencia en la definición de políticas públicas que incluyó la asignación de recursos financieros para asegurar la asistencia a la salud en una patología concreta. Esto permitió pensar en acciones posteriores trabajando en otras patologías. Cecodap por ejemplo, intentó dos acciones de protección posteriores centradas en el funcionamiento de otros servicios del Hospital J. M. de los Ríos.

Por otro lado, rescató el trabajo articulado de las tres organizaciones -con fortalezas distintas- para definir una estrategia de defensa integral (con acciones judiciales y extrajudiciales) e involucrar a los familiares de los niños y niñas con cardiopatías congénitas, con la creación del Comité de Familiares que permitió que los familiares y grupo de niños y niñas afectados(as) se organizaran en defensa del derecho a la salud gratuita, oportuna y de calidad.

En prensa fue impresionante lo que se logró, pues se hizo visible la problemática. Permitted identificar una realidad existente desde años, con afectación de derechos fundamentales, como consecuencia de la una actitud de omisión del Estado en adoptar las medidas necesarias para solventarla. A nivel judicial nos encontramos con un juez muy formalista que no profundizó en el fondo de la violación invocada. La decisión judicial llegó a señalar entre sus alegatos que la situación

planteada se asimilaba al problema que hay en el país de las carreteras con huecos, delegando la resolución de la situación jurídica infringida a la Mesa de Diálogo, coordinada por la Defensoría del Pueblo.

Debo señalar que gracias a la voluntad política de parte de las autoridades que hicieron acto de presencia en la Mesa Técnica, pudimos abordar discusiones y buscar soluciones a las causas estructurales que estaban afectando el funcionamiento de ambos servicios. Así como trascender en la definición de una política nacional en materia de cardiopatías congénitas.



**Irma Beltrán (Consalud)**

Consalud es una ONG que promueve la participación comunitaria en salud a nivel nacional. Estamos organizados en red, trabajando en los municipios de los diferentes estados. Nuestro objetivo es desarrollar una red de organizaciones comunitarias en salud en todo el país que permita avanzar en el control social de la gestión pública, así como contribuir a la capacitación de líderes comunitarios en salud y fortalecer la interrelación autónoma del movimiento popular, en el marco de la renegociación de la relación Estado-Sociedad, asumiendo como estrategia la construcción del poder popular en salud, base del surgimiento, al lado de otros sectores y movimientos sociales, de un auténtico Poder Popular.

¿Cómo entendemos en Consalud lo que es capacitación? Y aquí me refiero a todos los Consalud que se encuentran en el país. Esta visión es sostenida a través de foros, talleres, congresos, todo lo cual nos ha llevado a ver la participación comunitaria como un proceso con las siguientes características:

- Dinámico, dialéctico, que supone altibajos, avances y retrocesos, como sucede en la realidad.
- De intervención de las personas, sin ningún tipo de exclusión, en las actividades públicas respecto al Estado, en tanto sujetos de derechos inalienables (individuales y colectivos) que deben ser garantizados por el Estado.
- La acción realizada está dirigida a efectivizar tales derechos.
- Se lleva a cabo de manera voluntaria, sin coacción, ni manipulación; no es impuesta. Todos podemos participar de una forma o de otra, lo que

sucede es que hay factores, como el miedo, la imposición de algunos, que no permiten que esto aflore.

- Antepone la ética del bien común, ante el individualismo egoísta pregonado por el pensamiento liberal y neoliberal, asume una ética ciudadana a la cual le da primacía.
- Su accionar no es técnico, ni administrativo, se propone la redistribución del poder, así como la democratización del poder y el saber (científico y popular).
- El impacto de su acción (todo el trabajo que se lleva a cabo) se mide en los niveles de auto-organización social y política. Esto tiene que ver con las formas de organización que fluyen dentro de la misma comunidad.
- Se plantea el control social de la gestión pública en salud. Para objetivizar tal control utiliza diversos mecanismos: contraloría social, rendición de cuentas, revocatoria del mandato, referéndum en sus distintas modalidades, Asamblea de ciudadanos Y ciudadanas con decisiones vinculantes, etc.

Quisiera hablar sobre las actividades que se llevaron a cabo antes de que Consalud naciera como tal:

- Diciembre, 1995: I Encuentro Metropolitano de Participación Comunitaria en Salud. Las personas comenzaron a actuar y continuaron trabajando con base a esto.
- Marzo, 1998: II Encuentro.
- Octubre, 1998: III Encuentro.
- Junio, 1999, junio: IV Encuentro, convocado desde la Dirección de Salud del Distrito Federal, impulsado por organizaciones comunitarias del entonces Distrito Federal (Catienses por la Salud, Mesa Técnica de Agua de la Parroquia El Valle, Comité de Rescate del Hospital de los Magallanes, Juntas Socio-sanitarias de El Valle, la Vega, 23 de Enero, etc.). Allí se decide convocar para el Encuentro Nacional de agosto.
- Mayo-julio, 1999: Encuentros Regionales (Valencia, Mérida, Barquisimeto, Barcelona, Maturín).
- Agosto, 1999: Encuentro Nacional «Salud, Seguridad Social, Participación Comunitaria y Constituyente» (estado Mérida), instalado por el presidente

de la República Hugo Rafael Chávez Frías y el Ministro de Salud Gilberto Rodríguez Ochoa. Se reunieron delegaciones de 24 estados con el propósito de construir colectivamente propuestas en materia de salud, participación popular para ser elevadas a la consideración de los constituyentes a fin de que fueran incluidas en el nuevo texto constitucional.

- En este encuentro se conformó la Coordinadora Nacional de Participación Comunitaria en Salud (Consalud), con dos delegados y delegadas por estado, un comité operativo, posteriormente se crea la Secretaría Ejecutiva (instancia de apoyo técnico-administrativo-logístico).
- Noviembre, 1999 (Mérida, Escagüey): I Encuentro de Delegados de Consalud. Asistieron delegaciones de 20 Estados. La preocupación central de este encuentro fue establecer un basamento doctrinario filosófico, donde se fundamentaría Consalud (misión, visión, valores).
- Se asumen como estrategias fundamentales:
  1. Organización (reuniones, jornadas, encuentros).
  2. Formación-Capacitación (talleres, cursos y seminarios).
  3. Divulgación-Comunicación (boletines, revista, afiches, libros).
- El 2 de Junio del 2000 se registró la Coordinadora como Asociación Civil. Se nombra oficialmente el primer Equipo Coordinador (7 miembros: Coordinador General, Coordinador Adjunto, Coordinador de Proyectos, Coordinador de Finanzas, Secretaría, dos vocales). Sede: Inamujer (actualmente continuamos trabajando en esa misma sede).
- Abril, 2000 (San Antonio de los Altos - UTAL): II Encuentro Nacional (participación de 19 estados).
- Febrero, 2001 (San Antonio de los Altos - UTAL): I Asamblea Nacional (participaron de 17 estados).
- Se editó el primer libro de Consalud (compendio de testimonios y experiencias comunitarias).
- Marzo, 2002 (Inamujer): II Asamblea Nacional (participaron de 10 estados).
- Se llevó a cabo un balance de actividades realizadas en el año, destacándose los encuentros ejecutados para discutir proyectos de Ley de Seguridad Social y Salud.

- Se conformó en esa oportunidad la «Red de Seguridad Social para todos y todas».
- Se plantea nuevamente la necesidad de desarrollar nuevas estrategias fundamentales de organización y capacitación a nivel nacional.
- Finalmente se inicia la convocatoria del Congreso Nacional por la Salud y la Vida.
- Ratificación del equipo coordinador.

En el 2002 ocurrieron dos hechos que marcaron nuestro accionar ese año:

- Golpe de Estado (11 de abril): Días después se realizó reunión con María Urbaneja (Ministra de Salud). El martes 23 de abril se realizó reunión con la participación de 13 estados, de donde salió la propuesta de abrir Mesas de Diálogo en el país, acompañadas de un «Plan de Participación y Movilización por la Vida y por la Paz», es decir, nuestro trabajo se amplió a diferentes ámbitos.
- Sabotaje petrolero (diciembre 2002): se hizo más urgente promover la movilización por la vida y la paz.

Entre nuestras actividades de ese año:

- Se sacaron doce Boletines Informativos de Consalud hasta julio de 2002.
- Se llevó a cabo el bautizo del libro de Consalud (julio 2002).
- Se realizaron cursos de formación de promotores (Carabobo, Guárico, Distrito Metropolitano).
- Se inicia la convocatoria y organización del «I Congreso Nacional por la Salud y la Vida».

Posteriormente se sacan varios Cuadernos de Debate, los cuales son frutos de todos los encuentros realizados, esos Cuadernos son: *Salud como derecho, Situación de Salud y Calidad de Vida, Poder Local, Participación Comunitaria, Marco Jurídico de la Participación Comunitaria*.

En marzo de 2004 se realiza el Congreso por la Salud y la Vida (Parque Central, Caracas), con 1500 representantes de organizaciones comunitarias, allí se proclama la Declaración de Caracas sobre Salud y Participación por una mejor Calidad de Vida.

Las actividades post-Congreso fueron:

- Transcripción y distribución, de las conclusiones de las mesas de trabajo.
- Primera reunión post-Congreso se llevó a cabo el 14 de abril de 2004, de donde surgió el Plan de Acción para el Movimiento por la Salud y la Vida, así como la participación en la elaboración del Plan Nacional de Capacitación de Líderes y Líderesas Comunitarios. Por experiencia sabemos que la gente puede organizarse, pero si no está capacitada para ejercer a veces se cometen errores, por eso primero es necesario capacitarse para después aplicar ese conocimiento y así contamos con mayor poder de repercusión.
- Junio, 2004: Reunión Nacional (Los Chorros, Caracas). Participaron 8 estados.
- Se ratifican los acuerdos de la Declaración de Caracas. Se definen tareas: encuentros de contraloría social, defensa de Barrio Adentro, boletines informativos, plan de capacitación, actividades para derrotar el fraude electoral.

Después se realiza el Encuentro Nacional de Contraloría Social (julio 2004), el cual contó con una asistencia de quinientas personas. A través de la contraloría social se puede controlar lo que es la gestión pública en salud dentro de las comunidades. Luego de eso participamos en el Congreso de ALAMES (9 al 14 de agosto 2004) y en el 2005 se realizaron cursos y talleres de salud y desarrollo social, contraloría social comunitaria, participación ciudadana, valores, mapas mentales, liderazgo, salud y lectura, en los que participaron más de quinientas personas integrantes de Comités de Salud, así como de la comunidad organizada del Municipio Naguanagua (estado Carabobo).

En el 2005 se realizó, en conjunto con Barrio Adentro, el curso de Sensibilización en Salud y Desarrollo Social, para los Comités de Salud de los catorce municipios del estado Carabobo. Igualmente se realizaron cursos, junto a la Secretaría de la Parroquia Miguel Peña (estado Carabobo), para la formación de líderes y lideresas comunitarios en salud. En noviembre de ese mismo año se llevó a cabo el encuentro preparatorio del Foro Continental de la Salud y del Foro Social Mundial (Naguanagua, estado Carabobo), con la asistencia de representantes de diversos grupos comunitarios de catorce estados del país.

En enero de este año tuvimos participación activa en el Foro Continental de la Salud y en el Foro Social Mundial.

En nuestro Plan Acción para este año tenemos que:

- Continúan las actividades para la formación, capacitación, organización y comunicación en las comunidades.
- Se sensibiliza a las comunidades organizadas a realizar a través de reuniones, talleres, foros, etc., el debate público del proyecto de Ley de Salud. Actualmente en Puerto Cabello se están organizando y está llevando a cabo la discusión en espacios públicos sobre los artículos referentes a la participación comunitaria en salud.

Desde el 2005 estamos exigiendo a la Asamblea Nacional el debate público nacional del anteproyecto de Ley de Salud.

Por otra parte, a través de Consalud promovemos los rasgos de un nuevo ser humano:

- Lucidez crítica (actitud crítica frente a: valores, estructuras, actitudes).
- Gratitud admirada (capacidad de asombrarse, de agradecer).
- Libertad desinteresada (ante las seducciones, sin dependencias).
- Creatividad en fiesta (sin repeticiones, sin esquemas, con alegría).
- Conflictividad asumida (denuncia profética, política como servicio).
- Fraternalidad igualitaria (socialización sin privilegios).
- Testimonio coherente (vivir lo que se proclama).
- Esperanza utópica (vivir por la y para la utopía).

Nuestras consignas son:

- Autonomía e independencia de las organizaciones comunitarias en salud y desarrollo social.
- Control comunitario de la gestión pública en salud.
- Democratización del poder y el saber en salud.

Para finalizar les dejo una cita de Monseñor Pedro Casaldáliga: «*Solamente hombres nuevos y mujeres nuevas pueden construir ese otro mundo posible que soñamos*».



**Lilian Montero** (Cecodap)

### **Organización de adolescentes frente a la violencia intrafamiliar**

Voy a compartir con ustedes una experiencia que venimos desarrollando en Cecodap la cual deseamos sistematizar ya que nos parece importante hacernos las siguientes preguntas: ¿Cómo incorporar a los niños, niñas y adolescentes en los procesos de exigibilidad de los derechos en general y en particular del derecho a la salud? ¿Qué papel juegan los niños en la sociedad? ¿Cómo los estamos percibiendo? ¿Todavía los percibimos como simples objetos, como víctimas de violación de derechos o, por el contrario, como ciudadanos que se deben incorporar de manera progresiva desde temprana edad en la solución de los problemas de su comunidad, de sus centros educativos y en la formación como ciudadanos que deben y pueden exigir sus derechos?

¿Cuál es nuestra visión de los niños, niñas y adolescentes como ciudadanos, como sujetos de derecho? Me gustaría trabajar brevemente estos temas:

- ¿Qué significa que los niños, niñas y adolescentes son sujetos de derecho?
- ¿Qué dice la Constitución al respecto?
- ¿Qué dice la Convención sobre los Derechos del Niño?
- ¿Qué dice la LOPNA?

Con el fin de comprender el marco constitucional y legal en torno a esa nueva visión del los niños como ciudadanos. Por otra parte está el tema de los derechos vinculados con la exigibilidad, a través de los cual los niños, niñas y adolescentes pueden acceder a la posibilidad de desarrollar estrategias de exigibilidad.

El derecho a la integridad personal de los niños, niñas y adolescentes es como se le denomina en la LOPNA a todo lo relacionado con la violencia y el maltrato. Esto tiene que ver con una garantía del derecho a la salud integral.

A participar se aprende participando y a exigir se aprende exigiendo, lo cual tiene que ver con la experiencia de incorporación de los niños, niñas y adolescentes en el proceso de hacerse visibles en la sociedad y de ser reconocidos dentro de la misma como parte fundamental, sobre todo en América Latina en donde tenemos una población altísima de menores de 18 años.

El artículo fundamental que hace referencia a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho es el Artículo 78 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Este artículo fue mucho más allá de lo establecido por la Convención, debido a que considera no solamente el enfoque de género sino que establece expresamente que los niños son sujetos plenos de derecho:

*Los niños, niñas y adolescentes son sujetos plenos de derecho y estarán protegidos por la legislación, órganos y tribunales especializados, los cuales representarán y desarrollarán los contenidos de esta Constitución, la Convención sobre los derechos del Niño y demás tratados internacionales que en esta materia haya suscrito y ratificado la República.*

La visión tradicional de que los niños y niñas son objetos y que por ende los adultos podemos hacer con ellos lo que queramos, esa visión de creer que los niños no tienen nada que aportar, así como los dichos tradicionales: «muchacho no es gente grande», «el que se acuesta con muchacho amanece embarrado», etc., implica una visión de discriminación respecto a la edad. Les pongo un ejemplo: si ustedes hubieran llegado a este seminario y hubiesen visto que más de la mitad de los asientos estaban ocupados por niños y niñas ¿qué hubieran pensado? Que no se trata de un evento formal, que se trata de unas cosas de niños. Está patente esa visión de que si están los niños y niñas es porque se van a trabajar temas que son de menor importancia o nos preguntamos qué podemos aprender nosotros de ellos. Hay una cantidad de creencias, de representaciones sociales, sobre los niños, niñas y adolescentes, que van en contradicción con una visión social distinta.

Al hablar de los niños como sujetos plenos de derecho quiere decir que ellos disfrutaban de todos y cada uno de los derechos que tenemos todos los ciudadanos. La Constitución recoge esta nueva visión de ciudadanía de los niños y niñas.

Por otra parte respecto al Artículo 5 de la Convención sobre los Derechos del Niño y Niña hay que señalar la importancia de esa visión en donde se desea que el niño y niña ejerza los derechos:

*Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente convención.*

Acá no solamente se está hablando acerca de la capacidad de gozar de derechos, sino la capacidad de ejercerlos. ¿Qué significa esto? Que él o ella personalmente puedan acudir a cualquier instancia, se trata de una capacidad de ejercicio personal.

Por otro lado en la LOPNA el artículo que específicamente expresa esa capacidad de los niños, niñas y adolescentes, para ejercer sus derechos de manera personal y directa es el Artículo 10:

*Todos los niños/as y adolescentes son sujetos de derecho; en consecuencia gozan de todos los derechos y garantías consagrados en favor de las personas en el ordenamiento jurídico, especialmente aquéllos consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño.*

¿Cuáles son los derechos vinculados con la exigibilidad?

Tenemos el Artículo 11 de la LOPNA:

*Los derechos y garantías de los niños/as y adolescentes consagrados en esta Ley son de carácter enunciativo. Se les reconoce, por lo tanto, todos los derechos y garantías inherentes a la persona humana que no figuren expresamente a esta Ley o en el ordenamiento jurídico.*

Luego tenemos el Artículo 13 de esa misma Ley:

*Se reconoce a todos los niños/as y adolescentes el ejercicio personal de sus derechos y garantías, de manera progresiva y conforme a su capacidad evolutiva. De la misma forma, se le exigirá el cumplimiento de sus deberes.*

Esto quiere decir que ninguna institución educativa, por ejemplo, para entregar el boletín a los niños pudiera decir que debe entregar el boletín a los representantes, igualmente si se va a una Jefatura Civil a buscar la partida de nacimiento. Esa visión tradicional de que tiene que estar el representante frente

a algunas instancias administrativas o comunitarias es una visión que se supera, puesto que en este artículo se está diciendo que ellos pueden ejercer de manera personal esos derechos de manera progresiva, porque efectivamente la Ley va diciendo hasta qué edad y hasta cuándo puede ejercer esos derechos. Por ejemplo, el ejercicio a petición de los niños puede ser en instancias administrativas, es decir, todos los niños y niñas pueden ir a una Defensoría, a un Consejo de Protección y a cualquier instancia de la comunidad, pero no podrían ir a un Tribunal a hacer una solicitud, a diferencia de los adolescentes que sí lo pueden hacer. La Ley va diciendo hasta donde llega ese ejercicio progresivo de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Si los niños y niñas son sujetos de derecho tenemos que ver de qué manera los tratamos. El Artículo 21 de la Constitución dice:

*Todas las personas son iguales ante la Ley; en consecuencia: Se les dará el trato oficial de ciudadanos y ciudadanas, salvo las fórmulas diplomáticas.*

Tenemos el Artículo 80 de la LOPNA:

**Derecho a opinar y ser oído.**

*Todos los niños/as y adolescentes tienen derecho a:*

- a. Expresar libremente su opinión en los asuntos que tengan interés;*
- b. Que sus opiniones sean tomadas en cuenta en función de su desarrollo.*

*Párrafo Primero: Se garantiza a todos los niños y adolescentes el ejercicio personal y directo de este derecho, especialmente en todo procedimiento administrativo o judicial que conduzca a una decisión que afecte sus derechos, garantías o interés.*

Este es el Artículo más amplio de la Ley porque justamente el derecho que con más facilidad se viola en nuestra sociedad es este. Muy fácilmente se nos olvida preguntarle a un niño/a qué opina, qué piensa y por lo general no solemos hacer reflexiones con ellos en donde puedan opinar de manera espontánea y libre como cualquier otro ciudadano. Este artículo es importante porque les ofrece la oportunidad de opinar en todos los asuntos vinculados a su persona. La propia Ley estableció una sanción por violación al derecho a opinar. Cualquier defensoría, cualquier Consejo de Protección, cualquier comunidad que no escuche la opinión de un niño, niña o adolescente puede ser susceptible de una sanción.

El Artículo 81 de la LOPNA establece:

### **Derecho a participar.**

*Todos los niños/as y adolescentes tienen derecho a participar libre, activa y plenamente en vida familiar, comunitaria, social, escolar, científica, cultural, deportiva, recreativa, así como a la incorporación progresiva a la ciudadanía activa.*

Un niño puede opinar sobre asuntos referentes a la política del país, eso está establecido en la Convención, en la Constitución y en la LOPNA. Por supuesto que hay una capacidad progresiva.

Luego tenemos el Artículo 85 de esa misma Ley:

### **Derecho de petición**

*Todos los niños/as y adolescentes tienen derecho a presentar y dirigir peticiones por sí mismos, ante cualquier entidad o funcionario público, sobre los asuntos de la competencia de éstos y a obtener respuesta oportuna.*

Se reconoce a todos los niños/as y adolescentes el ejercicio personal directo de este derecho, sin más límites que los derivados de las facultades legales que corresponden a sus padres, representantes o responsables.

Este es un derecho de todo ciudadano.

Por otra parte está el Artículo 86 (LOPNA):

### **Derecho a defender sus derechos.**

*Todos los niños/as y adolescentes tienen derecho a defender sus derechos por sí mismos. Se debe garantizar a todos los niños/as y adolescentes el ejercicio personal y directo de este derecho, ante cualquier persona, instancia, entidad u organismo.*

Tenemos que generar espacios para incorporar a los niños/as, no como simples objetos, no como simples beneficiarios o víctimas, sino como ciudadanos activos y sujetos de derecho.

El derecho a la integridad personal de los niños es una garantía del derecho a la salud. Las situaciones de violencia o maltrato contra niños/as y adolescentes por supuesto que afecta la salud de los niños, niñas y adolescentes. Hay muchos estudios e investigaciones al respecto. Tenemos que el Artículo 46 de la Constitución establece:

*Toda la persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; en consecuencia:*

*4. Todo funcionario o funcionaria pública que, en razón de su cargo, infiera maltratos o sufrimientos físicos o mentales a cualquier persona, o que instigue o tolere ese tipo de tratos, será sancionado o sancionada de acuerdo a la Ley.*

La campaña que este año hemos desarrollado en Cecodap con la participación de niños, niñas y adolescentes es justamente contra la violencia y el maltrato. Este Artículo está claramente referido a los docentes, pero todavía faltan iniciativas al respecto.

También tenemos el Artículo 32 de la LOPNA:

**Derecho a la integridad personal.**

*Todos los niños/as y adolescentes tienen derecho a la integridad personal. Este derecho comprende a la integridad física, psíquica y moral.*

*Párrafo Primero: Los niños/as y adolescentes no pueden ser sometidos a torturas, ni a otras penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.*

*Párrafo Segundo: El Estado la familia y la sociedad deben proteger a los niños y adolescentes contra cualquier forma de explotación, maltrato, torturas, abusos o negligencias que afecten su integridad personal. El Estado debe garantizar programas gratuitos de asistencia y atención integral a los niños/as y adolescentes que hayan sido víctimas de abuso o explotación sexual.*

El Artículo 358 fue el que nos llevó a empezar a hacer una consulta a niños, niñas y adolescentes sobre cómo ven ellos el maltrato en sus respectivas familias:

*La guarda comprende la custodia, la asistencia material, la vigilancia y la orientación moral educativa de los hijos, así como la facultad de imponerles correcciones adecuadas a su edad y desarrollo físico y mental. Para su ejercicio se requiere el contacto directo con los hijos y, por lo tanto, facultad para decidir acerca del lugar de la residencia o habitación de éstos.*

Si tenemos claro que ningún funcionario público debe maltratar a los niños/as porque hay una sanción específica, en el caso de los maltratos en la propia familia no es así. Eso lo vemos en el Artículo 358 la facultad a los padres para imponer correcciones adecuadas a los niños/as. La pregunta acá es ¿qué significa imponer correcciones adecuadas? Esto puede generar en maltratos graves que a la vez pueden atentar contra la integridad del niño/a. Es muy aceptado socialmente que los niños/as sean castigados con el fin de corregirlos y la Ley está legalizando %valga la redundancia% estas posibles situaciones de violencia en las familias

A partir de esto comenzamos a realizar una consulta indagando qué opinaban los niños, niñas y adolescentes sobre el particular, así como conocer cuáles son las situaciones de violencia más frecuente. También es importante saber cómo ven ellos el castigo. Allí comenzó la investigación y la campaña.

En esta experiencia están participando cincuenta adolescentes con edades comprendidas entre los doce y los diecisiete años de cincuenta grupos e instituciones de doce estados del país. Es decir que se trata de una experiencia a nivel nacional.

El objetivo que nos propusimos fue el empoderamiento de los niños, niñas y adolescentes para el ejercicio pleno y efectivo del derecho a la participación, la incorporación progresiva a la ciudadanía activa y la exigibilidad de sus derechos. Esto implica para ellos conocer el corpus legal y cuáles son aquellos problemas que ellos deben identificar que de alguna manera estén vinculados con la violación de sus derechos.

La meta fue que 140 adolescentes organizados y 48 adultos acompañantes, de 12 entidades federales, participan en el desarrollo de su estrategia de incidencia pública hacia legisladores y/o autoridades del Poder Público Nacional, para la exigibilidad de los derechos.

¿Qué hicimos durante la primera etapa? En un primer momento vimos que lo importante era comenzar a formar en destrezas a los niños, niñas y adolescentes, sobre cuáles son sus derechos, cómo organizarse, cuáles son los órganos del Poder Público donde podemos hacer propuestas y cuál es el problema que queremos extinguir.

Se llevó a cabo una consulta con ellos sobre el tema de la violencia, se planteó la reflexión y comenzamos a trabajar en ese sentido. Se trabajó el liderazgo, el trabajo articulado, ambiente sano, Internet, el maltrato y sus efectos, la violencia a nivel general. Se comenzó un proceso de formación y de desarrollo de experiencias para dar inicio al proceso de exigibilidad.

La siguiente etapa consistió en comenzar a generar conocimiento sobre los temas o problemas que afectan a niños, niñas y adolescentes. Elaborar diagnósticos que den cuenta de la situación de la infancia e identificar cuáles son los recursos. Elaboramos con estos adolescentes un instrumento que permitió identificar los castigos físicos más frecuentes, sus causas, qué opinaban ellos sobre la corrección inadecuada de distintos comportamientos. Esto permitió a nivel nacional identificar y reflejar la hipótesis que ya teníamos, la

cual está relacionada con ese Artículo de la guarda en la LOPNA (Art. 358), consistente en la aceptación social y culturalmente que los padres castiguen a los niños para corregirlos, los mismos niños, niñas y adolescentes aceptan esto y los admiten como algo normal.

A partir de este diagnóstico que se hizo a nivel nacional en donde los adolescentes elaboraron el instrumento y lo fueron aplicando, comenzamos a elaborar propuestas con ellos mismos basadas en los estándares existentes respecto al tema de la violencia, se llevaron a cabo talleres con el fin de cuestionar esta práctica tan cotidiana y aceptada. Ellos comenzaron a desarrollar su propuesta pensando en un primer momento en la necesidad de ir a la Asamblea nacional, puesto que actualmente se está llevando a cabo un proceso de reforma de la LOPNA, lo cual nos llevó a trabajar junto con ellos qué es la Asamblea Nacional, cuáles son las Comisiones, cuál de ellas está relacionada con el tema de los niños, niñas y adolescentes, incluso invitamos a la presidenta de la Asamblea Nacional, ella se reunió con los adolescentes, ellos le hicieron preguntas. Todo esto con el fin de irlos vinculando con las autoridades y que vean que no se trata de algo aislado o inaccesible.

Después surgió el tema de qué acciones tomar para hacer llegar esas propuestas a la Asamblea Nacional. Fue cuando pensamos en la idea de montar un parlamentarismo de calle con niños, niñas y adolescentes. Se constituyó un Comité de enlace de distintos grupos que se fueron organizando, con el apoyo de las organizaciones acompañantes, para llevar a cabo ese parlamentarismo de calle en donde los niños, niñas y adolescentes se sentaran en la mesa con los diputados y diputadas para dar a conocer sus propuestas.

Allí se incorporó el tema de Internet. Los niños, niñas y adolescentes leyeron el proyecto de Ley<sup>4</sup> e hicieron sus aportes en diversos temas, también hicieron aportes al proyecto de la Ley de Educación la cual no contempla el tema de la convivencia escolar. Se crearon distintos grupos que siguieron una metodología de investigación, se llevó a cabo la acción de calle donde los niños, niñas y adolescentes eligieron a su director de debate, decidieron la dinámica de las mesas.

La presidenta de la Asamblea Nacional coordinó con las distintas comisiones que de alguna forma tenían que ver con el tema, además se incorporaron otros grupos a la campaña que también aportaron propuestas. Los niños, niñas y adolescentes se sentaron en cada una de las mesas con los diputados y diputadas para hacer sus planteamientos.

La evaluación final fue interesante puesto que ellos se sintieron escuchados. Ellos son muy directos a la hora de decir lo que no les parece y para captar incoherencias. Ahora nos toca monitorear el estado de las propuestas. Fue una experiencia interesante para la propia Asamblea. Tenemos que comenzar a educarnos en el tema de cómo relacionarnos con los niños, niñas y adolescentes, y eso tiene que ver con un cambio cultural.

Afortunadamente creo que hay una coyuntura muy interesante en el país de cambios legislativos y de participación que ha ayudado a que este proceso fluya con mayor facilidad.



**Noris Correa** Centro de Organización y derechos Humanos del estado Vargas (Codehva)

Promoción y organización comunitaria en salud

Codehva es una asociación civil, no gubernamental y sin fines de lucro, con personalidad jurídica propia, que promueve la organización comunitaria y los derechos humanos, mediante la animación de una red de organizaciones comunitarias, la cual desde una perspectiva de participación ciudadana responsable y exigibilidad de los derechos humanos, afirma la dignidad humana de la población del estado Vargas.

La primera pregunta respecto a Codehva es «¿Qué queremos?». Queremos acompañar los procesos organizativos de las comunidades en torno a necesidades sentidas, para que alcancen condiciones de vida cada vez más humanas, brindándoles herramientas teórico-metodológicas que les permitan asumir esfuerzos colectivos, tanto en su participación comunitaria mediante el fortalecimiento de sus capacidades de gestión de proyectos, articulación y posicionamiento estratégico, como en su participación ciudadana, en torno a la reivindicación de sus derechos humanos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

En Codehva nos hemos planteado como misión animar una red de organizaciones comunitarias orientada a la promoción de la dignidad humana en el estado Vargas, desde una perspectiva de exigibilidad de los derechos humanos, por ende nuestra visión está basada en la formación de una red de organizaciones comunitarias autónomas, fortalecidas y articuladas, que consoliden una cultura de la participación ciudadana desde la perspectiva de la exigibilidad de los derechos humanos y que a la vez incidan en el afianzamiento del Estado de Derecho, afirmando así la dignidad humana del pueblo varguense.

Partiendo de lo anterior nuestras líneas estratégicas prioritarias son:

- Fomentar la cultura de participación ciudadana.
- Promover la formación de equipos comunitarios de derechos humanos.
- Animar y fortalecer equipos comunitarios, formándolos y capacitándolos para que fomenten la participación ciudadana y la contraloría social.
- Articular los esfuerzos de las organizaciones de base y parroquiales, con organismos públicos y privados existentes, para apoyar la participación ciudadana y la promoción y defensa de los derechos humanos.
- Acompañar a las comunidades en la formulación de proyectos y propuestas.
- Realizar un diagnóstico permanente de la realidad de los derechos humanos en el estado Vargas.
- Sensibilizar a organismos públicos y privados en la temática de los derechos humanos y la participación ciudadana.
- Divulgar experiencias ante los medios de comunicación locales, estatales y nacionales.
- Sistematizar el trabajo realizado.

Nuestra experiencia en Codehva se puede resumir en tres temas principales:

- Promoción del derecho a la Salud, la cual hemos desarrollado a través de:
  - Brigadas de Salud (2000)
  - Equipos Comunitarios de Salud (2002)
  - Comités de Salud Promoción y Exigibilidad (2005-2007)
- Promoción de Organización Comunitaria, la cual hemos trabajado partiendo de:
  - Equipos Comunitarios de Vivienda (2002)
  - CTU (2.003)
  - Equipos Facilitadores Comunitarios (2.005)
  - Equipos Facilitadores Parroquiales (2.005)
- Promoción de Derechos Humanos, orientada hacia la formación en:
  - Perspectiva de derechos Humanos.
  - Gerencia Comunitaria.
  - Exigibilidad y justiciabilidad de los DESC.

¿Cuáles han sido las estrategias utilizadas por nosotros?

- En el área de educación y formación:
  - Acompañamiento presencial en las comunidades.
  - Articulación para formación en gerencia comunitaria.
  - Espacios de formación parroquiales.
  - Espacios de formación integrales (4 parroquias)
- En el área de exigibilidad y justiciabilidad:
  - Acompañamiento y asesorías.
  - Seguimiento y sistematización de experiencias.
- En el área de organización comunitaria:
  - Formación de equipos facilitadores comunitarios
  - Formación de equipos facilitadores parroquiales.
  - Creación de espacios de articulación parroquial y estatal.

Hasta los momentos hemos tenido logros y fortalezas en distintas áreas, tales como:

- La formación de equipos facilitadores comunitarios desde una perspectiva integral de los derechos humanos.
- La articulación de organizaciones por parroquias.
- La participación en el Foro Social Mundial de Salud y otros eventos regionales.
- La incorporación de adolescentes, niños y jóvenes en la promoción de la salud como un derecho humano con énfasis en la salud sexual y reproductiva.
- La Incorporación de comités en espacios de formación nacional.
- La participación de las comunidades en torno a al tema de la salud, de manera integral.

Por otra parte, así como hemos podido enumerar estas fortalezas no podemos dejar por fuera el tema de las debilidades de los procesos organizativos en salud, entre las cuales se encuentran:

- La perdurabilidad del esquema tradicional en la concepción de la salud dentro las comunidades y los Comités de Salud, aún persiste una percepción curativa de la salud.

- La falta de autonomía en los procesos organizativos en salud.
- La carencia de actividades lúdicas, culturales y recreativas en las estrategias de promoción del derecho a la salud.
- La poca participación con perspectiva de género en la promoción de la salud.
- La ausencia de la integralidad de los DESC en los Comités de Salud con perspectiva de derecho.
- La interlocución con la institucionalidad es incipiente.
- La poca participación e interés en cuanto a los Consejos Comunales por parte de los Comités de Salud.

Más allá de las debilidades también se encuentran las amenazas puntuales a los procesos organizativos en salud, tales como:

- La vulnerabilidad de la población en diversas áreas: físico-geográficas, hábitat, vivienda y, por ende, en salud.
- La integralidad institucional – territorial: un estado (Vargas) con el mismo territorio que el Municipio exige más personal en dedicación.
- La burocracia que retrasa y entorpece los procesos organizativos.

Frente a este panorama nuestras propuestas son:

- La creación de un proyecto de participación ciudadana y promoción en el área de salud con perspectiva de derecho, a este proyecto se suman los Comités de Salud que deseen participar.
- El acompañamiento de los procesos en cuatro parroquias del estado (siete comunidades por parroquia).
- La creación de espacios de articulación en salud, para la formación, exigibilidad, justiciabilidad del derecho y posicionamiento de la organización en salud de las parroquias.



**Víctor Díaz (Hidrocapital)**

Mesas Técnicas de Agua

---

Hidrocapital es una empresa pública, comprometida en prestar a sus clientes un servicio de alta calidad en agua potable y saneamiento, mediante un modelo de gestión sustentable. Es una empresa pública de ámbito municipal, financieramente sustentable, con una imagen reconocida nacional e internacionalmente por sus innovaciones tecnológicas, talento humano y una positiva incidencia en los clientes, a partir de los estándares logrados en los servicios que presta.

La gestión comunitaria del sistema metropolitano se inicia con el proceso revolucionario en mayo de 1999, se vio fortalecida por la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y la Ley Orgánica para la Prestación de los Servicios de Agua Potable y Saneamiento, y apuntala los principios de libertad, responsabilidad y solidaridad, en la que los ciudadanos y ciudadanas se hacen dueños de su propio destino, reconociendo el derecho del otro, brindando su apoyo al esfuerzo común y ejerciendo de manera directa el poder para elevar su nivel de vida y darse una existencia digna y soberana.

Es en esta gestión comunitaria en donde entra la figura de las Mesas Técnicas de Agua (MTA), las cuales representan un espacio para la discusión, el acuerdo, la coordinación y la búsqueda de las posibles soluciones a todos aquellos planteamientos de los distintos problemas que a lo largo y ancho de nuestras comunidades existen, un lugar para los iguales, para lo común, donde la

dificultad de otro vecino es nuestra dificultad, donde nos acompañamos para resolverlo. Es allí donde aprendemos a tener una visión más amplia de la complejidad que significa producir agua potable, esa que generalmente despilfarramos sin darle su justo valor, pero que al compás del acompañamiento de quienes nos dan la información necesaria, aprendemos que: «ya no es un recurso renovable como nos decían en la escuela», no, nos educamos rompiendo paradigmas y nos convertimos en portavoces de estas buenas nuevas.

Cuando se comienza a trabajar con las MTA en primer lugar hay que realizar un plano o un croquis del sector, actividad que consiste en dibujar en un papel el barrio, el sector o el caserío, con el trazado de sus redes de agua potable y servidas, esto se lleva a cabo con el fin de comprender el problema. Luego tenemos el censo del agua, el cual consiste en la recolección de toda la información sociodemográfica necesaria para enfrentar el problema del agua, posteriormente se realizan los recorridos o inspecciones consistentes en espacios de observación, verificación directa de los ciclos de abastecimiento en los sectores, de las condiciones de las redes, de las áreas de influencia de las estaciones de bombeo, del chequeo de la distribución por cada vivienda, del mantenimiento de los tanques que distribuyen en cada sector, con el objeto de construir una instancia de la comunidad donde la fiscalización sea una herramienta, es decir, se comience a ejercer la contraloría social.

Con el fin de hacer todo esto posible surgen los consejos comunitarios de Hidrocapital, los cuales conforman la instancia que permite la comunicación pública y periódica entre las comunidades e Hidrocapital, mediante la agrupación de las diversas MTA que se hayan organizado en una zona de la ciudad por la misma red y ciclo de suministro. Podemos decir que se trata de una instancia de primera importancia para la planificación a nivel municipal.

Entre las tareas de los Consejos Comunitarios de Hidrocapital se encuentran:

- Supervisar el ciclo de suministro de agua de manera periódica.
- Realizar seguimiento a los proyectos levantados en las MTA.
- Realizar seguimiento a los compromisos establecidos tanto por las comunidades como por Hidrocapital.
- Informar y ofrecer herramientas que permiten un conocimiento más amplio de la complejidad de los acueductos.

Por otra parte tenemos el Programa Educativo «El agua en nuestras vidas», a través del cual participamos de las actividades programadas por la Coordinación de Educación de la Gerencia de Imagen: inducciones a docentes, visitas a plantas de potabilización con escolares, entre otras. Para nosotros el Programa «El agua en nuestras vidas» y las MTA son aristas de una misma estrategia para la generación de una nueva cultura del agua.

## Preguntas

**Elsa Torres**

- *¿Qué ocurrió con la acción judicial?*

Estamos demandando al Estado por daños y perjuicios morales.

- *¿Se llegó a hacer una investigación penal?*

Inicialmente hubo una demanda penal contra la empresa que prestó el servicio de mantenimiento del sistema de enfriamiento del Hospital, pero el caso prescribió. Igualmente, se abrió una investigación para poder establecer la causa de la muerte de los niños.

- *¿En qué estado está la denuncia?*

**Responde María Elena Rodríguez:**

Desde hace dos años introducimos ante el Tribunal Supremo de Justicia (TSJ) una demanda de responsabilidad administrativa por funcionamiento anormal del servicio de salud contra el IVSS, por el daño moral causado a 10 personas afectadas por la intoxicación ocurrida en el Hospital J.A. Vargas. Se han interpuesto otras demandas por daños y perjuicios ante el Tribunal, pero no superan las veinte personas y estamos hablando de un colectivo superior a las cien personas afectadas, que también presentan problemas graves en su condición de salud. La dificultad con este tipo de demandas es que el daño causado debe ser individualizado. Asimismo, hay que establecer la relación individualizada de la causa-efecto entre el daño y la actuación del Estado (en este caso el IVSS) Por ejemplo, nuestra demanda cuenta con 90 páginas y la variedad y cantidad de pruebas promovidas es bastante numerosa.

- *¿El J.A. Vargas está abierto?*

Sí, está abierto.

- *¿No han pensado en acudir a organismos internacionales?*

Para acudir a organismos internacionales primero hay que agotar la vía interna. Hay que esperar a ver qué logramos con estas acciones y dependiendo de los

resultados iniciar o no acciones a nivel internacional. En el nivel interno nos falta hacer más visible el problema y en cuanto a las acciones judiciales, como bien fue señalado por María Elena, este tipo de demanda es muy compleja y los abogados(as) cobrar cifras que no podemos sufragar, lo que nos dificulta acceder a la justicia y luchar contra la impunidad.

## **María Elena Rodríguez**

---

- *¿Cuáles elementos fueron determinantes para el logro de los objetivos?*

La alianza entre las tres organizaciones que nos permitió fortalecer nuestras debilidades y definir una estrategia de defensa en una forma mucho más integral, utilizando como señalé antes herramientas de defensa judiciales y extrajudiciales.

La organización del grupo de familiares, junto con los niños, niñas y adolescentes con cardiopatías congénitas involucradas en la defensa del derecho a la salud, permitió enseñar rostros y no sólo argumentos.

Otro factor determinante fue la voluntad política de los órganos de la Administración Pública involucrados en el caso en buscar soluciones al problema.

Hacer visible de forma pública la situación fue una estrategia bien eficaz. Se trató de un proceso bastante largo y hoy en día se siguen haciendo monitoreos esporádicos, lo que lamentablemente evidenciamos es que hay problemas que no se han resuelto.

La situación también depende mucho del personal que labora en esos servicios.

## Irma Beltrón

---

- *¿De quién depende Consalud?*

Consalud es una organización autónoma.

- *¿Cómo se asocian las organizaciones a Consalud?*

Cada quince días nos reunimos en Inamujer a las 4:00 P.M., los martes. Trabajamos en conjunto con las organizaciones y con otras que van formándose a nivel regional y adoptan el nombre de Consalud-Miranda, Consalud-Carabobo, Consalud-Mariara.

- *¿Qué impactos o cambios importantes han observado en las organizaciones que han trabajado con Consalud?*

Su capacidad de organización y participación ha mejorado, el interés por el beneficio colectivo.

- *¿Qué indicadores son propuestos para seguir acciones?*

No los hemos establecido como tales, pero se podrían establecer con base a los objetivos orientados hacia una participación activa y protagónica de las actividades, puesto que los indicadores deben ser pensados para hacer seguimiento con base a esos objetivos. Tenemos toda la información para construir esos indicadores.

- *¿Qué posibilidades hay de comunicarse con Consalud?*

A través de las reuniones de los martes y nuestros teléfonos.

- *Soy de Vargas y en mi comunidad hay varias personas que desean fortalecer una organización y necesitamos que alguien nos oriente.*

Estamos a la orden.

- *¿Por qué en Vargas no se conoce esta organización?*

No sabría decirle, hay muchos factores.

- *En caso de que no se de la discusión pública qué medidas de acción van a tomar.*

Yo no creo que se llegue a ese nivel, pero en tal caso las organizaciones haríamos presión para exigir que la discusión se llevara a cabo.

- *¿Por qué el anteproyecto de Ley de Salud presenta errores graves en su contenido?*

La discusión se dio en un espacio cerrado, no se dio con las comunidades eso es un error gravísimos.

- *¿Qué actividades realizan y qué contenido trabajan cuando hablan de contraloría social para los Comités de Salud?*

Las actividades son reuniones y talleres con las comunidades organizadas. Trabajamos las bases legales, cómo deben organizarse, cómo deben actuar, dónde deben acudir. También trabajamos con valores.

- *¿Qué observaciones tiene Consalud al anteproyecto de Ley de Salud?*

Hay un artículo que dice: las comunidades deben participar y **colaborar**. ¿Qué queremos? ¿Colaborar como siempre? Queremos tomar decisiones sobre la gestión pública en salud, para eso nos hemos formado y capacitado, para poder actuar a ese nivel. A través de las necesidades de las comunidades deben tomarse las decisiones para la construcción de la gestión en salud. Actualmente se construyen los programas y proyectos partiendo de un presupuesto nacional. Primero debe hacerse un diagnóstico con las comunidades. Se debe trabajar **con** la comunidad no **para** la comunidad.

## Experiencias internacionales de organización y lucha por el derecho a la salud



**Natalia Paredes**

Experiencias de articulación

Deseo compartir con ustedes una experiencia que hemos tenido desde dos redes: la PIDHDD (Plataforma Interamericana de Derechos Humanos Democracia y Desarrollo), una red creada en 1992 con dieciséis capítulos en países de América Latina. Contamos con organizaciones en toda Suramérica y algunos países de Centroamérica y México.

Esta red básicamente se dedica a la promoción y defensa de los DESC. El nombre de la Plataforma obedece a la creencia de que a través de la articulación entre los derechos humanos, la democracia y el desarrollo en la práctica concreta se lograría la realización de los DESC.

La PIDHDD y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) decidieron ponerse de acuerdo en impulsar una serie de acciones a las cuales en algún momento se les dio el nombre de Campaña por el Derecho a la Salud en América Latina, pero después cambió el objetivo básicamente debido a los recursos.

Deseo contarles por qué se dio esa articulación. Fue una expresión de las dinámicas de resistencia a nivel internacional que se expresan en espacios como los foros sociales mundiales. ALAMES es una red de medicina social que trabaja el tema de la salud pública y la salud comunitaria. La mirada de la PIDHDD estaba más enfocada hacia los derechos humanos y la mirada de ALAMES estaba más enfocada a las políticas públicas, por lo cual podía generarse una complementariedad interesante en términos de perspectivas.

La realidad es que la salud en América Latina presenta problemas graves en todos los países. Podemos afirmar que en todos los países de América Latina, con excepción de Cuba, Brasil y Venezuela, en este momento hay una tendencia fuerte de reforma a los sistemas de salud. Los sistemas nacionales de salud en nuestra región se desarrollaron durante los años 70 y 80, fue cuando se comenzó a crear la idea de sistema nacional de salud con instituciones tanto de prestación de servicios como con programas sociales. Pero hacia los años 90 se impone una tendencia muy fuerte, promovida por la agenda neoliberal, que a nivel de políticas sociales argumenta que los sistemas nacionales de salud donde el Estado construye hospitales y programas de políticas públicas amplias no sirven, por lo tanto se establece una regulación y distribución de los recursos a través del mercado.

Cuando mencioné a Brasil, Cuba y Venezuela, lo hice justamente porque en 1988 en Brasil se llevó a cabo una reforma constitucional y en el 93 crea un nuevo sistema de salud. Cuba, a partir de la Revolución, crea un sistema de salud distinto y ahora Venezuela con la nueva Constitución y la idea de un Estado interventor. En el resto de los países de América Latina el panorama de la salud es bastante difícil porque las tendencias de reforma de los sistemas de salud, en general, buscan que los sistemas se organicen alrededor del aseguramiento en salud, es decir, la política de aseguramiento es la recomendada para manejar mejor los recursos y desarrollar mejor los sistemas, según el Banco Mundial.

Esa política de aseguramiento obviamente es contraria al derecho puesto que el derecho humano a la salud debe ser universal, es decir, debe ser para todas las personas. Con la política de aseguramiento la forma de acceder al servicio es a través de un sistema de afiliación al mismo, lo cual implica una intermediación: el que asegura normalmente no es el mismo que presta el servicio. En todos los países, sin excepción, donde hay política de aseguramiento muy fuerte por lo menos la mitad de la población queda fuera de ese sistema. Se pretende que el aseguramiento sea universal, pero esto no se cumple.

Desde esa perspectiva la salud no se concibe como un derecho, sino como una mercancía que se compra y se vende en el mercado a través de seguros o a través de pagos directos, todo eso es contrario a la concepción de salud como derecho social fundamental.

Por otra parte esas políticas de aseguramiento tienen que ver con una concepción de la OMS durante los años 90, en donde se decía que el problema de la salud no es un problema social, sino de recursos, por lo tanto la prioridad de los sistemas de salud debe ser lo organizativo, lo financiero y el buen trato del paciente,

entonces se abandona la idea de salud para todos y todas y se centra en servicios, por lo tanto toda la tendencia de estas reformas tiene énfasis en lo curativo, en la atención de la enfermedad, en contraposición a la política de atención primaria que había predominado hasta los años 90 en donde se decía que más importante que curar era conservar la salud.

Otra tendencia de la política de aseguramiento es que para que el sistema funcione es necesario hacer un paquete básico de servicios, el cual contempla una serie de objeciones en niveles distintos, lo cual es contrario a la integralidad y a la equidad.

El otro tema respecto a estas tendencias de reforma a los sistemas de salud en América Latina es el de los subsidios a la demanda por persona asegurada, en el caso colombiano se llama subsidio a la demanda, en el caso chileno se llama subsidio portátil, tiene diferentes nombres pero básicamente se trata de no financiar a las instituciones de manera directa, sino que se financia a las aseguradoras por persona afiliada y se paga un monto fijo por persona así se usen o no se usen los servicios.

Las aseguradoras se quedan con el 50% de los recursos destinados a salud, lo cual es contrario a la responsabilidad del Estado en la garantía del derecho y a la regulación del sector privado. No se trata de que no exista el sector privado, de hecho en las regiones muy desarrolladas el sector privado cuenta con muy buena infraestructura, con tecnología, el problema está en la regulación de ese sector y no en cómo éste pone los precios, sino que es el Estado quien debe regular esos precios.

El sector privado en salud cumple una función social puesto que la salud es un bien social por excelencia, no se trata ni de zapatos ni de hamburguesas, sino de un derecho y por lo tanto no se puede vender como se vende cualquier otra mercancía.

El tema de la tendencia en salud centrada en instituciones para prestar servicios curativos es que se reducen las estrategias de salud pública. En los años 80 los sistemas nacionales de salud se dedicaban a pensar políticas públicas de prevención, de incidencia en los factores sociales. En los años 90 los sistemas de salud se dedican a pensar cómo hacer para que los hospitales funcionen y se financien. Se trata de un cambio total en la concepción de la salud.

En vista de todo esto las acciones en salud se desarticulan del resto de las acciones sociales y en general estas acciones sociales van cada una por su lado sin ningún tipo de articulación contradiciendo los principios de la interdependencia y la indivisibilidad.

El pago por persona asegurada lo que ha originado es que los recursos se distribuyan de manera absolutamente ineficiente y no se destinen a la financiación de las intervenciones en salud, sino a la financiación de los seguros privados. No existe por ende un gasto en salud que responda a necesidades.

Por otra parte se le pide a las instituciones públicas y a los hospitales que se autofinancien, que tengan una autosostenibilidad financiera, es decir, que vendan y compren servicios así sea al Estado. Eso ha terminado en que los hospitales o se privatizan totalmente o se privatizan parcialmente. La infraestructura que antes era pública se vuelve una infraestructura privada, contrario a los principios de disponibilidad, accesibilidad y calidad, esta última relacionada con la oportunidad real y la continuidad. Se debe responder oportunamente a la necesidad.

Ante este panorama tan grave ideológicamente, porque se trata de un problema fundamentalmente ideológico, la política nacional se define entre funcionarios públicos de alto nivel porque tampoco se consultan a los funcionarios públicos del sistema de salud, los legisladores normalmente mantienen intereses financieros con las empresas de salud y el sector privado prestador de servicios, además están asesorados por el BID y por el BM. Hay documentos muy claros de los años 90 donde el Banco Mundial lanza toda su política en función de los intereses del capital financiero nacional e internacional, contrario al principio de participación social en salud como un mecanismo esencial en primer lugar para reconocer lo que la gente necesita, en segundo lugar para legitimar el modelo basado en el principio de la salud como derecho humano y en tercer lugar para dar vialidad a la puesta en marcha de dicho modelo.

Si nosotros no nos apropiamos de esa concepción diferente vamos a seguir demandando recursos en el sector privado pensando que éste es el único que puede responder eficientemente a las necesidades y finalmente son ellos quienes logran la participación social.

Ante esta tendencia que, como ya señalé, es un problema ideológico de la sociedad porque quienes hacen las reformas saben qué intereses tienen y para dónde van, el problema es que la sociedad no es consciente del tema de los derechos.

En la PIDHDD estamos convencidos de que es preciso que el tema de los derechos salga de los grupitos o de los abogados/as para que éste se convierta en un discurso realmente ciudadano. Actualmente los DESC no son parte de un discurso ciudadano y los modelos de salud garantistas carecen de la elaboración y la apropiación suficiente por parte de las personas, tanto por

parte de quienes promovemos estos temas como por parte de quienes son víctimas de estas reformas.

Tenemos que más del 50% de la población en América Latina vive sin ningún tipo de atención. Se está dando una reducción en la vacunación, la reaparición de epidemias que ya habían sido controladas.

Ante esto lo importante es crear un pensamiento y una corriente fuerte que defienda, frene y logre reformas contrarias a los modelos de privatización de la salud. Esa corriente fuerte tiene que estar basada en el enfoque de derechos humanos, pero la gente tiene que apropiarse de ella si realmente se quiere que los modelos de salud funcionen de otra manera.

En América Latina la gente se mueve mucho con el tema de la salud, pero falta articulación así como mejorar el discurso, las apuestas políticas y el desarrollo de propuestas de políticas públicas alternativas. Los instrumentos de derechos humanos nos sirven como referencia, las propuestas deben ser construidas con la gente en cada país.

La movilización social como mecanismo de exigibilidad del derecho a la salud en Brasil es muy fuerte, por ejemplo, pero en otros países de América Latina, como por ejemplo en Argentina, conocemos la crisis ocasionada por el modelo neoliberal. Argentina era productora de medicamentos, producía el 50% de los medicamentos que se consumían en el país y con el modelo neoliberal deja de producir medicamentos. Se da una gran movilización en el año 2001 por producción de medicamentos y se crea un escenario que es el Foro Social de Salud. En Bolivia en el año 2005 por acceso a servicios se realizó un Foro Nacional llamado Diálogo Nacional de Salud de la Sociedad Civil y ahora tendrá que dialogar con el proceso constituyente que viene en ese país. En Brasil existe un movimiento nacional por el derecho a la salud que estuvo muy activo durante los años 90 y continúa siendo muy fuerte en diferentes niveles. En el año 2003 realizan la XII Conferencia Nacional de Salud y permanentemente hay una campaña por la valorización del sistema único de salud. Es por eso que digo que es tan importante la apropiación, el sistema brasilero a pesar de estar en un contexto tan desigual -Brasil es uno de los países más desiguales del mundo- es un sistema integral, universal, gratuito.

En El Salvador en el año 2003 hubo una huelga de trabajadores que duró más de seis meses y a partir de ese momento se creó una Comisión de Defensa del Derecho a la Salud. En México hay una propuesta alternativa del sistema de

salud autónomo del Movimiento Zapatista. En Paraguay también hay un movimiento nacional en defensa del derecho a la salud. En Perú hay una Coalición de los Derechos Humanos en Salud y están trabajando mucho el tema de los derechos de los pacientes.

Todo esto nos ilustra que se presentan dos fenómenos simultáneos. Por una parte hay reformas contrarias al derecho, pero simultáneamente hay una organización y movilización social por el derecho a la salud en toda América Latina.

En la India hay un movimiento muy fuerte por el derecho a la salud con metodologías muy interesantes sobre todo a nivel de testimonios. En Europa los trabajadores se están organizando en torno al tema porque están al tanto de las reformas regresivas que se avecinan.

Es necesario hablar sobre este tema y realizar planteamientos en torno a ideas centrales que movilicen a las personas, por lo tanto los objetivos de esta articulación son:

- Crear una corriente de pensamiento y acción en derecho a la salud.
- Construir alternativas de política pública, es decir, tener modelos alternativos de política pública, no solamente se trata de denunciar sino de proponer.
- Crear un movimiento latinoamericano y mundial por el derecho a la salud.

Otra salud es posible y para eso tratamos de ejercer acciones que han tenido sus momentos interesantes. Uno de ellos es el informe titulado Derecho a la Salud. Situación en países de América Latina<sup>5</sup>, el cual ha tenido dos ediciones: una en Brasil y otra en Ecuador. Es un informe con enfoque de derechos, acá en Venezuela participaron María Elena Rodríguez y Maureen Riveros desde Provea. Lo sacamos con nuestros propios recursos y se sacó el informe, el cual se encuentra en esta página web<sup>6</sup>.

El I Foro Social Mundial de Salud (Porto Alegre, 2005), fue muy interesante, puesto que los foros sociales mundiales son espacios de resistencia y antiglobalización, donde llega gente de todo el mundo. A ese Foro acudieron personas de África, de la India, de Europa y, por supuesto, de América Latina. Se llevó a cabo un debate muy interesante. El II Foro Social Mundial de Salud se hizo acá en Caracas. Se trata de una dinámica muy interesante. La idea es que en el próximo Foro Social Mundial, a llevarse a cabo en África (2007) vuelva a haber Foro Social Mundial de Salud. Seguramente la participación va a ser sobre todo de los países africanos, pero es la idea es que las delegaciones de los países

latinoamericanos puedan llevar el tema de la salud como derecho humano a un escenario tan importante.

También se realizó, el año pasado, La II Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos. El 7 de abril, declarado por la OMS, como el Día Mundial de la Salud, en muchos países se ha convertido en un día de movilización y de lucha por el derecho a la salud, por lo tanto en varios países tratamos de organizar acciones simultáneas.

También hay programas pilotos que pretenden ser garantistas con la participación de las organizaciones que están tratando de articularse en torno al tema. Hay experiencias pilotos positivas en Bogotá. «Salud a su Hogar» es una experiencia interesante, también hay un programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos del gobierno del Distrito Federal de Ciudad de México. Se trata de que efectivamente en políticas públicas se de una concepción diferente de salud.

Se quiere hacer una Escuela Latinoamericana de Bienes Sociales y Defensores del derecho a la Salud, se pretende hacer incidencia en organismos multilaterales, se creó la Comisión de Determinantes Sociales. Se trata de hacer exigibilidad política, social y jurídica del derecho a la salud a nivel nacional y que la misma se articule a nivel internacional. Se está manejando la idea de crear Tribunales Internacionales de Opinión sobre el Derecho a la Salud, donde se lleven casos documentados. La documentación de casos de violación del derecho a la salud en los tribunales internacionales alternativos puede llegar a ser una experiencia interesante de visibilización de las violaciones.

Se han sacado instrumentos como la Declaración en Defensa del Derecho Humano a la Salud que salió del I Foro Social Mundial o la Declaración de Cuenca que salió de la Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos (Ecuador) donde participaron tres mil personas de todo el mundo.

Hay herramientas, se están haciendo articulaciones, vemos el derecho a la salud como un problema de resistencia global, no solamente en nuestro entorno inmediato. Hay personas movilizándose en el mundo entero respecto al tema.



**María Silvia Emanuelli**

Tribunal Latinoamericano del Agua

---

Presentación del caso de la construcción de la presa hidroeléctrica La Parota en el río Papagayo, que afecta a comuneros, ejidatarios y familias de Cacahuatepec (Municipio Acapulco).



El Tribunal del Agua ya había tenido experiencias en Centroamérica, pero el latinoamericano se llamaba Tribunal Centroamericano del Agua, desde las audiencias de México aceptó casos de toda América Latina y por eso cambió su nombre a Tribunal Latinoamericano del Agua. Este Tribunal se ocupa solamente de asuntos relacionados a daños del medio ambiente que puedan tener efectos sobre los recursos hídricos dentro de las poblaciones de América Latina, igualmente ofrece preparación a los grupos que desean acceder al Tribunal, ofrece talleres para que aquellos que desean presentar casos o hacer la petitoria sepan cómo hacerlo.

El Tribunal aún está en construcción y hay algunas cosas que no quedan el todo claras, por ejemplo cómo preparar la petitoria.

El Movimiento CECOP (Consejo de Ejidos y Comunidades Opositores a la presa La Parota) nos pidió apoyarlos en la parte de derechos humanos y en la parte ambiental, esta parte la trabajó otra organización y el espacio DESC trabajó lo referente a derechos humanos.



Para acceder al Tribunal se escribe una petitoria que normalmente se puede enviar hasta un mes antes de que el Tribunal se reúna, en este caso la enviamos en febrero y el Tribunal se reunió en marzo, pero desde como cinco o seis meses antes hay que hacer saber al Tribunal el interés en participar.

Este tribunal, como cualquier tribunal ético, no puede emitir decisiones vinculantes para el Estado, es decir, no puede sancionar al Estado desde el punto de vista administrativo, civil o penal. Es un Tribunal del pueblo que se basa en decisiones tomadas considerando documentos internacionales, utiliza los instrumentos de derechos humanos y aquellos que reconocen el derecho al medio ambiente, las violaciones en caso de contaminación, pero su denuncia es solamente moral.

El peso del Tribunal depende mucho de su seriedad y por eso es bastante rígido, sobre todo en la parte probatoria, en demostrar que efectivamente hay violación a los derechos humanos, en ese caso el Tribunal es bastante estricto y escoge un jurado internacional y nacional el cual se compone de ocho personas, las cuales deben tener un reconocimiento muy alto porque ya que si no la tuvieran, por tratarse de un Tribunal ético, los Estados le darían menos importancia de la que ya le dan, por lo tanto el jurado juega mucho con el hecho de que el jurado sea muy reconocido, que se compongan de técnicos/as, de juristas e incluso a veces actores conocidos, siempre y cuando se trate de personas que estén involucradas de una u otra forma con la temática social.

Todo esto también obedece a que al hecho de que al Tribunal le interesa que la prensa cubra la noticia relacionadas a los veredictos que emite el Tribunal.

El Tribunal organiza estos talleres y seminarios con antelación y da un manual de procedimiento a quienes desean escribir la petitoria. En ese manual se indica con bastante claridad cuáles son los requisitos para dicha petitoria. Asimismo cuenta con un equipo técnico-científico que colabora con la parte de los estudios, las pruebas técnicas en materia de daño ambiental, contaminación, puesto que el gran problema de todos es que no tenemos recursos para que algún experto realice todos los estudios necesarios a nivel técnico.

En este caso se utiliza mucho el principio precautorio el cual se basa en que aunque no se pueda demostrar todo se puede establecer una relación causa/efecto. Si se están arrojando residuos tóxicos en el agua la gente se está enfermando. Puede que la comunidad no tenga el dinero, ni tampoco la organización a la que acuden para probar que efectivamente esos residuos son la causa de las enfermedades, pero simplemente sacando unos documentos oficiales que puedan

demostrar el incremento de enfermedades estamos ofreciendo una prueba al Tribunal. Quienes introducen la demanda deciden cuál es la institución que debe responder, no el Tribunal.

En ese caso la institución llamada a responder será la que tenga que decir si efectivamente esa agua está contaminada o no por los residuos, por lo tanto los estudios que requieren las pruebas más complicadas se encargan a las instituciones públicas. Esas instituciones son puestas sobre aviso acerca del hecho de que están demandadas (demandas entre comillas, recordemos que se trata de un tribunal ético) sólo un mes antes de la audiencia, por lo tanto las mismas tienen poco tiempo para responder, nosotros (las ONG) tenemos varios meses, casi un año, para preparar la demanda. Seguramente a un movimiento social que no tenga ningún apoyo por parte de una ONG se le hará muy difícil llegar al nivel de la demanda, porque aunque el trabajo frente al Tribunal no implique mucho dinero sí hay que estructurar una demanda respetando ciertos criterios y los movimientos sociales no siempre cuentan con la experiencia necesaria. No es sencillo, pero tampoco es imposible si ya tenemos un trabajo desarrollado a nivel nacional y queremos presentar el caso frente al Tribunal.

Otro punto importante es que podemos realizar todas las preguntas que queramos al Tribunal y muchas veces éste visita la zona, al hacerlo nos ayuda a identificar problemas y vías de presentar el caso. A nosotros nos ha ayudado porque ha mandado expertos hidrógrafos que nos han dado información que pudiera interesar al Tribunal.

Al Tribunal le interesa mucho el impacto social, en este caso todo lo que pueda implicar la construcción de una presa, qué derechos se violan y cuál es la ruptura del tejido social, por qué consideramos que el Estado pueda ser responsable de esa ruptura. En nuestro caso ha habido tres muertos, mucha represión y familias que ya no se hablan entre ellas porque algunos están a favor de la presa y otros no. Ya no se hacen fiestas comunitarias, ya no se va a los cumpleaños porque existe mucha tensión en las comunidades que aprovecha la CFE (Comisión Federal de Electricidad).

Cuando se llama al demandado a participar en la audiencia éste debería responder a nuestra demanda y participar. En el caso de México solamente ha participado una institución en otro caso relacionado a la contaminación de una bahía. En nuestro caso no ha habido respuesta por parte del demandado, hasta el último momento no sabíamos si iban a aparecer en la audiencia o no.



Otra cosa es que nosotros/as no tuvimos acceso a información que revelara cuánta necesidad de energía tiene realmente el país, puesto que el Estado podía usar esa necesidad como alegato justificante de la construcción de la presa. Contábamos con revistas, periódicos, con algún experto que se acercó, pero no teníamos un estudio. Sabemos que en el manifiesto de impacto ambiental -el estudio que debe hacerse antes de la construcción de una presa- se decía, de forma muy poco clara cuál era la necesidad del país en relación a la energía. En ese sentido se subrayó que el manifiesto de impacto ambiental no estaba completo debido a que faltaban datos.

Hasta el último momento tuvimos temor a que la CFE se presentara con abogados que son muy intimidantes -en otros casos los hemos visto-, hacen una presentación en Power Point muy impresionante en donde realmente no explican nada. Hablamos de un estado en el cual hay mucha represión y nosotros mismos estamos en una situación en la que nos tenemos que cuidar, porque como podrán entender se trata de una presa que implica un gasto elevado y que desalojaría a veinticinco mil personas. Es una presa grande en relación a lo que estipula la Comisión Mundial de Represas del Banco Mundial, por lo tanto hay muchos intereses a los cuales no resulta fácil enfrentarse.

Por otra parte el Tribunal tiene un documento que viene siendo su Constitución, donde se explica cuáles son los principios éticos, jurídicos, que están detrás de su accionar.

También quería comentar que el veredicto que recibimos del Tribunal fue la cancelación total de la presa por violación a los derechos humanos, algunos derechos ya han sido violados y otros e violarían en caso de construirse la presa.

Otro caso fue uno de Bolivia: Aguas del Illimani<sup>7</sup> contra Suez, se trata de una empresa trasnacional que está trabajando mucho en la privatización del agua y el caso tiene que ver de la privatización del agua como consumo humano por parte de esta empresa. Aguas del Illimani es subsidiaria de la Suez (empresa francesa). Había todo un problema de concesión, el gobierno quería rescindir el contrato con la empresa y la esta pidió al gobierno el pago de una multa impresionante por rescindir el contrato.

En Perú tenemos el caso de la expansión de la actividad minera en Cajamarca, se trata de una actividad que puede afectar el medio ambiente. En Brasil se trató el caso de la contaminación de una laguna. En Chile tenemos la afectación del Humedal Santuario Río Cruces<sup>8</sup> relacionado a un desastre ecológico a causa de una planta de celulosa. En Chile y Argentina hay muchas plantas de celulosa. En Ecuador ha habido violaciones a los derechos humanos por la construcción de embalses en la cuenca del río Guaya, se trata de la ampliación de una vieja presa.

En México además del caso La Parota tenemos un caso de derrame petrolero en un río y una playa, en México hay muchos derrames. También tenemos la contaminación de la marina en la Bahía de Zihuatanejo (Municipio de José Azueta, estado de Guerrero), que ha sido atribuida a descargas orgánicas y a un complejo turístico. Otro caso es el del río Atoyac a causa de las industrias y el del deterioro de las cuencas del río Lerma-Chapala-Santiago<sup>9</sup>, el cual es un caso bastante complejo relacionado a la salud debido a la contaminación de las aguas de esos ríos, hecho que está provocando muchas muertes asociadas al cáncer en la población que vive alrededor de la cuenca. En México también tenemos el caso del trasvase del Cutzamala<sup>10</sup>, se trata de una problemática relacionada a una población indígena que ya no tiene acceso al agua, pues les quitan el agua para llevarla a la ciudad de México y los indígenas mazahuas que viven a 5 Km de la tubería que se está llevando el agua a la capital no tienen acceso a la misma.

Tenemos el transporte de material nuclear por el canal de Panamá. En Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica introdujeron un caso en contra de una expansión minera a cielo abierto en toda Centroamérica.

Estos han sido los casos de este año.

Cuando se presenta el caso se tienen treinta minutos, se pueden llevar testimonios, el Tribunal que esté los afectados/as presentes en la audiencia para presentar su caso, luego se hace una presentación de quince minutos para presentar el caso desde el punto de vista jurídico-ambiental. Por las tardes tienen espacios para video de todos los casos, para colocar fotos y todo lo relacionado a los casos. Durante la exposición se puede utilizar apoyo audiovisual como complemento de la misma.

En el caso La Parota se les dijo a las personas que no les iban a quitar sus casas, pero ellos quedarían como en una isla con el agua de la presa alrededor, además el río Papagayo ya tiene otra presa arriba. En diciembre hicimos un recorrido para hablar con quince comunidades con el fin de saber qué pensaba la gente y recoger sus palabras.



Aparte de todo la CFE para pagar las tierras a muy bajo precio alega que nos son fértiles, cuando en realidad es todo lo contrario. De construirse la presa se vería afectado todo ese ecosistema.



Nuestra presentación sirvió para que el Tribunal que no había viajado a la zona se familiarizara con ella, con todos los aspectos de la misma: su cultura, su cotidianidad, sus recursos, su gente, su manera de socializar, y por qué no se quieren ir de ahí.



Quienes desean hacer la presa argumentan que la zona es infértil, es fea, que carece de escuelas y no comprenden por qué la gente desea permanecer ahí. Por otra parte tampoco les están ofreciendo un lugar en el cual ser reubicados, lo que en realidad les están pidiendo es decidir si quieren que sus tierras pasen a manos del Estado, pero no les está diciendo qué pasará con ellos/as. Los políticos locales en algunas declaraciones han dicho que no hay tierra en el Estado y que hay muchos conflictos agrarios.

Seguramente lo que va a pasar es que eventualmente les van a dar una vivienda no sabemos de qué tipo ni dónde. Estaban hablando de pagar por las tierras mucho menos de un dólar el metro cuadrado. Esto está relacionado al derecho a la alimentación: por ahora ellos/as están seguros de lo que van a comer, pero el día de mañana en el lugar a donde vayan si no tiene tierra de qué se van a alimentar, puesto que se trata de campesinos/as, no pueden reinventarse así como

así. El Estado les dice que con la presa ellos/as pueden ser lancheros/as y ellos alegan que si son campesinos/as por qué tienen que convertirse en lancheros/as.

En cuanto al derecho a la salud las grandes represas muchas veces provocan brotes de malaria, ahí hay un riesgo. En cuanto la derecho a la vivienda puede ser que les den vivienda según lo que dicen los estándares internacionales en casos de desalojos por obras de desarrollo, pero eso no lo sabemos. El derecho al agua ya ha sido violado puesto que hay comunidades que tiene que caminar tres horas para abastecerse de agua porque aunque tengan el río muy cerca el Estado jamás ha realizado el trabajo de tubería para facilitarles el acceso al agua. Por otra parte en el nuevo lugar donde los vayan a reubicar no se sabe con qué servicios contarán: salud, educación, etc.

En el mundo siempre ha habido rechazo a la construcción de las grandes represas, tenemos el lamentable ejemplo de la represa de Chixoy, en Guatemala, la cual provocó muchas muertes durante los años 70. Se trató de una empresa italiana que sacó los muertos en sus camiones debido a la represión que hubo. La Comisión Mundial de Represas ha dicho que los derechos humanos deben ser una referencia fundamental en cualquier debate sobre represas, el banco Mundial se vio obligado a sacar este documento.

El derecho a la información también ha sido violado puesto que estas comunidades han sabido muy tarde que iban a construir una represa, al principio simplemente veían camiones de la CFE entrar en sus tierras sin pedir permiso, son tierras comunales ejidales por lo que necesitaban pedir permiso y no lo hicieron. Otros derecho vulnerados o en riesgo son: derecho a la consulta y participación, derecho a la libre determinación, lo cual implica decidir sobre los propios recursos y cómo queremos vivir, derecho a la vivienda, alimentación, agua, tierra y territorio, derecho al desarrollo.

En este caso utilizamos la Constitución mexicana, la Suprema Corte de Justicia de México, la Declaración de Río sobre medio ambiente y desarrollo, así como las recomendaciones del a Comisión Mundial de Represas. Igualmente solicitamos a la CFE que nos dijeran cómo habían establecido los criterios para establecer el precio del metro cuadrado, cuánto se pagará para comprar las tierras, qué características tendrá la vivienda, los materiales a utilizarse en su construcción, el tipo de diseño y si a estas personas se les garantizará tierra de cultivo, son preguntas que ellos está obligados a responder, sin embargo su respuesta y la de las instituciones públicas fue «estamos viendo», lo cual no nos sirvió para tener

información, pero sí para alegar que están expropiando esas tierras sin tener dónde reubicar a las personas.

Redactamos un documento en donde se exige que la reubicación se realice con la anuencia de los habitantes así como atender las necesidades de las familias de acuerdo con sus costumbres y tradiciones. Ninguna persona de la comunidad ha sido invitada a participar en el plan de reubicación, tal como lo estipula la Comisión Mundial de Represas.

Para cerrar podemos decir que el Estado mexicano ignoró la decisión del Tribunal. La página web del tribunal es [www.tragua.com](http://www.tragua.com)



# Preguntas

## Natalia Paredes

- *¿Quién nos garantiza que estas propuestas de derecho a la salud funcionen?*

Nadie le puede garantizar a un pueblo su futuro o que las propuestas funcionen. Creo que uno se hace su propio destino o construye su propia historia, pero en todo caso sí hay referentes de modelos basados en principios de derechos humanos que funcionan, por eso mencionaba tanto el sistema único de salud de Brasil, porque a partir de 1998, cuando se lleva a cabo la reforma constitucional en ese país se estableció que el sistema de salud deberá ser universal, gratuito, equitativo y con participación social. Y de hecho así funciona. Este sistema tiene comités de participación en todos los niveles, se llevan a cabo congresos nacionales, juntas de diferente índole. La gente se forma para participar en salud desde la perspectiva de derechos humanos. Se trata de un sistema integral en donde se garantiza el derecho a la salud hasta en los más altos niveles de complejidad inclusive con intervenciones en el exterior, donde el/la paciente va acompañado/a de su familia.

El sistema de atención primaria funciona a partir de núcleos pequeños ubicados en los barrios, donde el niño que nace en esa comunidad tiene todo un seguimiento, tanto él como su familia, y si los pacientes no acuden son buscados en sus casas.

Hay programas de diferente índole. Los anticonceptivos son gratuitos, la distribución de condones es mensual, los controles de las enfermedades más comunes son llevados a cabo directamente por los promotores que acuden a la comunidad y buscan a los afectados, llevan a cabo estrategia intersectoriales con medio ambiente, con educación, controlan los precios del sector privado, pues éste está incorporado al sistema con regulación por parte del Estado que es quien pone los precios, igualmente se le asignan una cuotas mínimas de atención, si no se le retira el permiso de funcionamiento. Es un sistema complejo aun en medio de un contexto adverso, puesto que el modelo neoliberal sigue siendo el modelo de desarrollo del país, pero se trata de una experiencia interesante que demuestra que estas propuestas sí funcionan.

¿Quién garantiza ese funcionamiento? Creo que la misma sociedad, en estos temas no hay héroes ni salvadores. Se garantiza con la organización, con la defensa, con la movilización permanente, con planteamientos políticos claros, con la participación cualificada, convirtiendo esto en un tema social no un tema de pocos.

- *¿Es necesario reformar las leyes que rigen en los países para dar cabida a estas propuestas?*

En el tema de los derechos sociales es fundamental que los mismos estén respaldados por la normativa interna de los países, eso implica un reconocimiento constitucional. Si queremos hablar de verdaderos derechos debe haber un obligado que es el Estado, así como también deben estar contempladas las formas de exigir esos derechos a través de procedimientos jurídicos.

Sí es muy importante que los derechos sociales estén consagrados como tales, que existan los mecanismos, los obligados y la titularidad del derecho, claro que eso no es lo único que debe existir, pero sí es importante que esto esté contemplado a nivel constitucional y desarrollado en la ley, puesto que de ahí se desprenden una serie de responsabilidades jurídicas.



## Actividad Cultural



### «Cuento Para Dos Voces».

#### Agrupación Cuenta Peregrino

Siete Historias de Sabiduría Universal, contadas por dos peregrinos en un ambiente arabesco. Un taburete, un pañuelo y un bastón migran simultáneamente a medida que pasan los cuentos. Una música viva en la escena y un juego de luz que dibuja el espacio.

#### Grupo Musical «La Patria Buena»

Grupo Artístico que tiene como objetivo difundir a través de sus actuaciones la música, el canto y la danza de nuestro pueblo con ese matiz tan especial que da el hecho de surgir de la urbe caraqueña, interpretando piezas de corte tradicional como de carácter experimental en que se integran no solo instrumentos, sino también géneros musicales caribeños con los venezolanos.





## Taller IV MECANISMOS DE JUSTICIABILIDAD DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD



Facilitadoras  
María Elena Rodríguez

### OBJETIVO DEL TALLER

- Compartir sobre las implicaciones de la justiciabilidad para los DESC
- Conocer algunos mecanismos para la justiciabilidad de los DESC

### CONTENIDOS

- Introducción en torno a la justiciabilidad de los DESC. Implicaciones
- Marco nacional e internacional para la defensa del derecho a la salud
- Acciones y recursos judiciales para la defensa del derecho a la salud en el derecho interno

¿Qué implica la justiciabilidad?

- La posibilidad que tienen las personas de acudir a los mecanismos contenciosos y administrativos para

reclamar al Estado el reconocimiento, respeto o la satisfacción de un derecho, en la forma establecida en las normas jurídicas respectivas.

- La justiciabilidad no le otorga a un derecho calidad de tal, pero refuerza esa calidad en la medida en que se establecen parámetros de protección para el mismo»

Algunos mecanismos nacionales para la defensa de los DESC:

- Amparo constitucional (Art. 27 de la CRBV y 01 de la Ley Orgánica de Amparo sobre Derechos y Garantías Constitucionales - LOADGC).

Características del procedimiento:

- Oral
- Público
- Gratuito
- Sin formalidades
- Todo tiempo es hábil.
- Procede aún en declaratorias de estados de excepción o de restricción de garantías constitucionales.

¿Qué es la acción de protección? (LOPNA)

**Artículo 276:**

*La acción de protección es un recurso judicial contra hechos, actos u omisiones de particulares, órganos o instituciones públicas o privadas que amenacen o violen derechos colectivos o difusos del niño y del adolescente.*

¿Cuál es su finalidad?

**Artículo 277:**

*La acción de protección tiene como finalidad que el tribunal haga cesar la amenaza u ordene la restitución del derecho, mediante la imposición de obligaciones de hacer o de no hacer.*

¿Cuál es la finalidad de las demandas de responsabilidad patrimonial?

### **Artículo 140**

(Constitución). *El Estado responderá patrimonialmente por los daños que sufran los o las particulares en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea imputable al funcionamiento de la Administración Pública.*

Elementos de responsabilidad del Estado:

- Lesión antijurídica
- Daño
- Relación de causalidad

### **METODOLOGÍA**

- Presentación inicial a cargo de la facilitadora.
- Intercambio de opiniones e ideas con los participantes.
- Aportes de la facilitadora.
- Exposición de la facilitadora en torno a la base normativa del derecho humano a la salud y sobre los recursos y acciones que podemos interponer ante los tribunales nacionales en defensa del derecho a la salud.
- Comentarios, reflexiones, inquietudes de la/os participantes.
- Trabajo en grupos para analizar varios casos hipotéticos
- Compartir en plenaria
- Cierre de facilitadora
- Evaluación

## Evaluación general. Muestra: 40 evaluaciones

### I. ASPECTOS GENERALES

---

**a) El tema central del seminario fue:**

- Muy pertinente: 85%
- Pertinente: 15%
- Poco pertinente: 0
- No pertinente: 0

**b) La metodología utilizada fue:**

- Muy adecuada: 67.5 %
- Adecuada: 30%
- Poco adecuada: 0
- nada adecuada: 0

**c) En general, la calidad de los ponentes y facilitadores fue:**

- Muy buena: 80%
- Buena: 20%
- Regular: 0
- Deficiente: 0

**d) El nivel de participación de los asistentes fue:**

- Muy bueno: 50%
- Bueno: 44%
- Regular: 7.5%
- Deficiente: 0

### ORGANIZACIÓN Y LOGÍSTICA

**a) La convocatoria al seminario fue:**

- Muy oportuna: 64%
- Oportuna: 22.5%
- Poco oportuna: 0
- Nada oportuna: 0

**b) La logística del seminario funcionó de manera:**

- Muy buena: 67.5%
- Buena: 32.5%
- Regular: 0
- Deficiente: 0

**c) El material de apoyo ofrecido fue:**

- Muy adecuado: 92.5%
- Adecuado: 7.5%
- Poco adecuado: 0
- Nada adecuado: 0

**d) La conducción de los debates y plenarias fue:**

- Muy adecuada: 67.5%
- Adecuada: 25%
- Poco adecuada: 5%
- Nada adecuada: 0

**e) La ubicación e instalaciones para la realización del Seminario, fueron:**

- Muy adecuadas: 47.5%
- Adecuadas: 25%
- Poco adecuadas: 0
- Nada adecuadas: 0

---

## **II. CONTENIDOS**

---

**a) Los objetivos del seminario se cumplieron:**

- Totalmente: 92.5%
- Medianamente: 2.5%
- Deficientemente: 0

**b) Los contenidos de los temas quedaron:**

- Muy claros: 60%
- Claros: 30%
- Poco claros: 0
- nada claros: 0

**c) El nivel y calidad de la información brindada fue:**

- Muy adecuada: 80%
- Adecuada: 17.5%
- Poco adecuada: 0
- Nada adecuada: 0

**d) Los temas abordados en el seminario te brindaron herramientas para tu trabajo:**

- Mucho: 85%
- Poco: 0
- Nada: 0

---

### **III. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES**

---

- Ajustes logísticos (clima y mobiliario del salón)
- Convocatoria más amplia
- Felicitaciones por la buena organización
- Comenzar a la hora pautada
- Estudiar el horario de salida para que el transporte sea más accesible
- Colocar los libros de PROVEA para la venta
- Invitar a los medios de comunicación
- Agradecimientos:
- Realizar más eventos como este durante el año
- Que sea más corto el tiempo y con más frecuencia los seminarios
- Realizar seminarios en los Estados y a nivel comunitario
- Un espacio para la realización del seminario más accesible
- Poco tiempo para el debate de los participantes

## Directorio de participantes

Nombre	<b>Albarracín Idaici</b>
Organización/Institución	C. Contraloría Social Soublette
Ciudad	Vargas
Nombre	<b>Ardila Castro Henry Eduardo</b>
Organización/Institución	Secretaría de Salud, Alcaldía de Distrito
Profesión/Oficio	Abogado
Ciudad	Caracas
Correo/Fax	ardila.henry@gmail.com
Nombre	<b>Arias Chiliberty Deivis</b>
Organización/Institución	Pasante Provea
Profesión/Oficio	Estudiante Comunicación Social
Ciudad	Caracas
Correo/Fax	ariasdeivis@gmail.com
Nombre	<b>Armas Lorena</b>
Organización/Institución	Universidad Gran Mariscal de Ayacucho
Profesión/Oficio	Estudiante de Derecho
Ciudad	Anzoátegui
Correo/Fax	juan_maitan2005@hotmail.com
Nombre	<b>Beltrán Irma María</b>
Organización/Institución	Consalud y Asociación Nacional Pro-defensa los Derechos Humanos
Profesión/Oficio	Odontóloga
Ciudad	Naguanagua, Edo. Carabobo
Correo/Fax	irma2003@cantv.netirmambeltranc@yahoo.es
Nombre	<b>Briceño Aura Belén</b>
Organización/Institución	Maternidad Concepción Palacios (secretaria de Salud)
Profesión/Oficio	Médica
Ciudad	Caracas
Correo/Fax	belen00@hotmail.comdtoc03@yahoo.com
Nombre	<b>Campos Luzmelis</b>
Organización/Institución	CODEHVA
Profesión/Oficio	Promotora Comunitaria
Ciudad	Vargas
Correo/Fax	luzmelicampo@yahoo.es
Nombre	<b>Cebalío Alexi</b>
Ciudad	Caraballeda, Vargas
Nombre	<b>Cedeño Yasmira</b>
Profesión/Oficio	Promotora de Salud
Ciudad	Catía La Mar, Vargas
Nombre	<b>Correa Noris</b>
Organización/Institución	CODEHVA
Ciudad	Vargas
Correo/Fax	noricorh@yahoo.es
Nombre	<b>Delgado Jenny</b>
Organización/Institución	Comité de Salud Caruao
Ciudad	Vargas

	Nombre Ciudad	<b>Elsa Torres</b> La Ovallera, Edo. Aragua
	Nombre Ciudad Correo/Fax	<b>Ferreiroa Alejandro</b> Carlos Soublette, Vargas amcarda@gmail.com
Organización/Institución	Nombre Ciudad Correo/Fax	<b>Ferreiroa Marisol</b> CODEHVA Vargas mariferza28@yahoo.es
Organización/Institución	Nombre Profesión/Oficio Ciudad Correo/Fax	<b>Figueroa I. Cytia</b> Pasante Provea Estudiante Caracas eyvaquita@yahoo.es
Organización/Institución	Nombre Ciudad Correo/Fax	<b>Flores Ingrid</b> Secretaría de Salud Caracas ingridflores.inti@hotmail.com
Organización/Institución	Nombre Ciudad	<b>Galeano José de Jesús</b> Comité de Salud Carrizales San Fernando de Apure
Organización/Institución	Nombre Profesión/Oficio Ciudad Correo/Fax	<b>Garrido Álvarez Rafael José</b> Centro de derechos Humanos de la Universidad de Margarita Estudiante Derecho Margarita cddhh@unimar.edu.verafaelgarrido85@gmail.com
Organización/Institución	Nombre Profesión/Oficio Ciudad Correo/Fax	<b>Giménez Claudia</b> USB- Planificación Urbana UCV-FEGS-Gerencia Social Socióloga-Demógrafa Caracas cgimenez@usb.veclaudia_gimenez_m@yahoo.es
Organización/Institución	Nombre Profesión/Oficio Ciudad Correo/Fax	<b>González María José</b> Pastoral Social Cáritas Los Teques Administradora Los Teques caritaslostequés@cantv.nethnamriajose@cantv.net
Organización/Institución	Nombre Profesión/Oficio Ciudad Correo/Fax	<b>Hernández V. Nathaly Del Valle</b> Centro de DDHH de la Universidad de Margarita. UNIMAR Abogada Margarita nathaly_83@hotmail.comnathalymario@yahoo.com
Organización/Institución	Nombre Profesión/Oficio Ciudad Correo/Fax	<b>Herrera M. Higinia José</b> Fundación Empresa Polar Trabajadora Social Caracas higinia.herrera@fpolar.org.ve
Organización/Institución	Nombre Profesión/Oficio Ciudad Correo/Fax	<b>Jiménez Betsi</b> Centro de Salud Santa Inés Odontóloga Caracas odonbetsi@hotmail.com
Organización/Institución	Nombre Profesión/Oficio Ciudad Correo/Fax	<b>Jordán María Mercedes</b> Oficina de DDHH Puerto Ayacucho Abogada Puerto Ayacucho marimer84@hotmail.comddhhayacucho@cantv.net

Nombre	<b>Leiva G. Herelys del Carmen</b>
Organización/Institución	Acción Ciudadana contra el Sida «ACCSI»
Profesión/Oficio	Abogada
Ciudad	Caracas
Correo/Fax	herelysleiva@hotmail.com acci@acci.org.ve
Nombre	<b>Machín Tibisay</b>
Organización/Institución	Consalud
Profesión/Oficio	Médica
Ciudad	Caracas
Correo/Fax	Tibisay1308@cantv.net
Nombre	<b>Mata López, Raquel</b>
Organización/Institución	Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana
Profesión/Oficio	Médica, Peditra, Docente
Ciudad	Caracas
Correo/Fax	raquelmatal@gmail.com raquelmatal@yahoo.com
Nombre	<b>Meléndez P. Mariadela</b>
Organización/Institución	Universidad Católica Andrés Bello
Profesión/Oficio	Estudiante
Ciudad	Puerto Ordaz
Correo/Fax	mariadelamelendez@gmail.com
Nombre	<b>Méndez Marilyn</b>
Ciudad	Carlos Soublette, Vargas
Nombre	<b>Mendoza R. María Mildree</b>
Organización/Institución	Pastoral de la Salud de la Diócesis de San Fernando
Profesión/Oficio	Lic. Administración
Ciudad	San Fernando de Apure
Correo/Fax	eliguadalupe@yahoo.com
Nombre	<b>Mijares Ingrid</b>
Organización/Institución	Comité de Salud Caruao
Ciudad	Vargas
Nombre	<b>Nuñez María Yamilet</b>
Organización/Institución	Oficina de Derechos Humanos de Apure
Profesión/Oficio	Bachiller
Ciudad	San Fernando de Apure
Correo/Fax	oficddhhapure@yahoo.es mariyamilet@hotmail.com
Nombre	<b>Nuñez Pacheco Maryluz</b>
Organización/Institución	Universidad Bolivariana de Venezuela
Profesión/Oficio	Médico Cirujano
Ciudad	Maracaibo
Correo/Fax	maryluznp@yahoo.comsalud_ubvmaracaibo@hotmail.com
Nombre	<b>Oranhdjikian Djaburian, Silva</b>
Organización/Institución	Universidad Gran Mariscal de Ayacucho
Profesión/Oficio	Estudiante de Derecho
Ciudad	Anzoátegui
Correo/Fax	sisconex@hotmail.com
Nombre	<b>Ordaz Crisalida</b>
Ciudad	Caraballeda, Vargas
Nombre	<b>Ratía Amarilis</b>
Organización/Institución	C. Salud Rómulo Gallegos
Ciudad	Vargas
Nombre	<b>Salazar H. Verónica Mar</b>
Organización/Institución	Centro de DDHH Universidad de Margarita. UNIMAR
Profesión/Oficio	Estudiante
Ciudad	Margarita
Correo/Fax	veronik132@gmail.com veronik132@hotmail.com luistarbay@hotmail.com

Nombre	<b>Sanchez Fanny</b>
Profesión/Oficio	Téc. estudiante de Salud
Ciudad	Catía la Mar, Vargas
<hr/>	
Nombre	<b>Sanchez Rodriguez, Miriam</b>
Organización/Institución	Universidad Central de Venezuela
Profesión/Oficio	Odontóloga
Ciudad	San Antonio de los Altos
Correo/Fax	miripss@cantv.net
<hr/>	
Nombre	<b>Sifontes América</b>
Organización/Institución	C.S Rómulo Gallegos
Ciudad	La Soublette, Vargas
<hr/>	
Nombre	<b>Torres, Isidro Ramón</b>
Organización/Institución	Consalud
Profesión/Oficio	Promotor Social
Ciudad	Carabobo
Correo/Fax	isitos@hotmail.comconsaludnacional@hotmail.com
<hr/>	
Nombre	<b>Trapani Blanco Carlos Manuel</b>
Organización/Institución	CECODAP
Profesión/Oficio	Abogado
Ciudad	Caracas
Correo/Fax	ctrapani@cecodap.org.ve
<hr/>	
Nombre	<b>Uvieda María</b>
Organización/Institución	Comité de Salud
Ciudad	Pto. Ayacucho
<hr/>	
Nombre	<b>Veitia, Nicolasa</b>
Organización/Institución	Secretaría de Salud, Alcaldía Metropolitana de Caracas
Profesión/Oficio	Enfermera
Ciudad	Caracas
Correo/Fax	venezolana_123@hotmail.comtecnicoa1@hotmail.com
<hr/>	

---

## Minicurricula de colaboradores

---

### **MARIA ELENA RODRIGUEZ**

Abogada, egresada de la Universidad Católica con especialidad en Derecho Administrativo: actualmente se desempeña como coordinadora del Programa de Exigibilidad de Provea. Investigadora del Derecho Humano a la Salud.

---

### **ARMANDO DE NEGRI**

Médico graduado de la Universidad Federal de Río Grande do Sul (Porto Alegre- Brasil). Magister en Epidemiología por la Universidad de Pelotas (Brasil). Ha sido profesor de salud comunitaria y salud colectiva en distintas universidades de Brasil. Se ha desempeñado como asesor especialista en políticas públicas y coordinador de planificación en salud del gobierno de la ciudad e Porto Alegre en el área de atención integral a la niñez y a la adolescencia. Ha sido consultor del Ministerio de Salud de Brasil, consultor del sistema de urgencias médicas para el Ministerio de Salud de Paraguay, país donde también ha sido asesor de movimientos sociales y comunitarios. Igualmente se ha desempeñado como asesor del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Bolivariana de Venezuela. Actualmente es miembro del Comité Internacional y de la Secretaría Ejecutiva del Foro Social Mundial de la Salud.

---

### **MARÍA SILVIA EMANUELLI**

Titulada en Derecho en la Universidad Statale de Milán (Italia). Ha sido colaboradora del ONG Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL), de Amnistía Internacional y del Departamento Legislativo sobre América Latina (Washington D.C., EE.UU). Realizó una pasantía en la sección italiana del Tribunal Europeo de los Derechos Humanos. Ha cursado diplomados en el área de los derechos humanos. Actualmente es responsable de Asuntos Jurídicos en la Coalición Internacional para el Hábitat, Oficina para América Latina (HIC-AL), oficina donde también es coordinadora del proyecto derechos Humanos vinculados al Hábitat en Mesoamérica.

### **ANA BARRIOS**

---

Trabajadora Social. Forma parte de la Asamblea de Provea. Trabajó durante seis años en el Área de Educación de esa organización. Actualmente forma parte del Centro de Derechos Humanos de la Universidad Católica Andrés Bello y es investigadora del derecho a la alimentación en el *Informe Anual* de Provea.

### **ASIA VILLEGAS**

---

Doctora en Ciencias Médicas egresada del Instituto de Medicina de Kiev «A.A. Bogomolets» (Ucrania). Se ha desempeñado como proyectista y coordinadora del Programa Interinstitucional de Atención Integral al Recluso y fue coordinadora de la Comisión de Derechos Humanos y Garantías Constitucionales de la Asamblea Constituyente. Actualmente es Secretaria del Área de Salud de la Alcaldía del Distrito Metropolitano de Caracas, igualmente es Defensora Especial en las áreas de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo.

### **YOLANDA D'ELIA**

---

Socióloga, egresada de la Universidad Católica Andrés Bello, con cursos de especialización en el área de formulación y evaluación de proyectos sociales a través de estudios realizados en el Instituto de Altos Estudios en Administración (IESA) y la Fundación Escuela de Gerencia Social (FEGS/ILPES) (Caracas-Venezuela). Su desempeño laboral se ha centrado en la gestión de políticas, planes y proyectos sociales desde el sector gobierno a nivel nacional y local, así como en la realización de estudios e investigaciones vinculadas con políticas sociales, reforma del sector de seguridad social y salud, medición y análisis de condiciones de vida. Actualmente es Directora Ejecutiva de CONVITE A.C., asociación dedicada al desarrollo de proyectos, consultorías y estudios sobre políticas públicas, igualmente es asesora en materia de formulación de políticas sociales públicas desde una perspectiva de derechos y equidad, para apoyar en esta materia a sectores públicos, académicos e internacionales para el Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS).

### **LILIAN MONTERO**

---

Se tituló en Sociología y Derecho en la Universidad Central de Venezuela (UCV). Realizó el doctorado Mediación Educativa en la Universidad

Latinoamericana y el Caribe (UNLATI). En Cecodap se ha desempeñado como Coordinadora del Programa de Formación en Derechos del Niño, Coordinadora del programa de Defensa de Derechos del Niño y el Adolescente y fundadora de la Defensoría del Niño y el Adolescente. Fue miembro del equipo asesor de la redacción de la Ley Orgánica para la Protección del Niño y el Adolescente (LOPNA). Actualmente es Coordinadora del Convenio Cecodap-UCAB para los cursos de formación y capacitación para defensores del niño y del adolescente y demás integrantes del sistema de protección. Así mismo se desempeña como Coordinadora de del Papagayo (centro de Formación en Derechos de la Niñez y la Adolescencia).

---

### **RAFAEL ÁNGEL RÍOS BOLIVAR**

---

Diputado a la Asamblea Nacional por el Estado Bolívar. Es miembro de la Junta Directiva del Colegio de Médicos del Estado Bolívar. Se desempeña como profesor externo de la Universidad central de Venezuela; profesor de la Universidad Experimental Antonio José de Sucre Vice Rectorado de Puerto Ordaz. Actualmente Presidente de la Subcomisión Permanente de Desarrollo Social Integral.

---

### **ABSALÓN MÉNDEZ**

---

Licenciado en Trabajo Social, doctor en Ciencias Sociales y abogado por UCV. Casa de estudios en la cual es Profesor Titular, docente del Postgrado de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, investigador de planta del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, Coordinador del Área de Investigación en Desarrollo Social, Jefe de los Proyectos de Investigación: *La política social en Venezuela durante el siglo XX* y *La reforma de la seguridad social en Venezuela*. Fue miembro de la Comisión Presidencial para la Reforma de la Seguridad Social y las Prestaciones Sociales, asesor de la Comisión de Asuntos Sociales de la Cámara de Diputados y corredactor del Proyecto de Ley Orgánica del Sistema de los Seguros Sociales; del Proyecto de Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral y del Proyecto de Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. Actualmente es presidente de la Fundación Fondo de Jubilaciones y Pensiones del Personal Docente y de Investigación de la Universidad Central de Venezuela. Es autor de numerosas publicaciones sobre seguridad social.

## Notas

1. Se recomienda consultar: Sandra Liebenberg: Adjudicación de derechos sociales en la Constitución de Transformación Social de Sudáfrica (<http://www.anuariocdh.uchile.cl/anuario2/art2.pdf#search=%22Sud%20C3%A1frica%20fallo%20%22Soobramoney%22%22>)
2. Compilación y edición: María Silvia Emanuelli, Coalición Internacional para el Hábitat, Oficina Regional para América Latina (HIC-AL), México, julio 2004.
3. El 23 de agosto de 2005 fallecen varios pacientes en el hospital Los Magallanes de Cañía. Muertes que generan una discusión en torno a su origen. El suceso produjo importantes consecuencias, entre ellas el anuncio del presidente Hugo Chávez de poner fin a la descentralización de competencias en ese sector para revertirlas a la administración central.
4. Ley de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, en Salas de uso de Internet, Videojuegos y otros Multimedia. Sancionada el 1º de agosto de 2006.
5. Editores: Mauricio Torres Tovar (Coordinador General Alames-Colombia) y Natalia Paredes Hernández (Secretaría Técnica Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo). Coordinación editorial: Helena Gardeazábal.
6. [http://www.plataforma-colombiana.org/biblioteca\\_pag/derechosalud.pdf](http://www.plataforma-colombiana.org/biblioteca_pag/derechosalud.pdf)
7. Empresa concesionaria de la distribución del agua potable y alcantarillado sanitario en las ciudades de La Paz y El Alto. Se recomienda consultar el artículo «El Banco Mundial socio de Aguas del Illimani, sus implicaciones y riesgos, en <http://www.aguabolivia.org/newcastle/investigacion/BM%20in%20AISA-paper.htm>
8. Con la aprobación de la Resolución de Calificación Ambiental del Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental (Seia, Ley de Bases N°. 19.300) se autorizó la descarga de desechos de la Planta de Celulosa Arauco (CELCO), a 15 Km. aguas arriba del Humedal RAMSAR (1981). Sus residuos (900 litros por segundo) van al Río Cruces y los olores nauseabundos han llegado a Valdivia (50 km.). La extinción de especies de agua dulce y el deterioro del humedal «Santuario de la Naturaleza» (primera área RAMSAR en Chile), que es vital para los recursos hídricos, destruyen la base para el desarrollo sustentable de comunidades y sociedades en la Región Décima.
9. El río Lerma se origina en los manantiales de Almoloya del Río, en el estado de México y atraviesa hacia el Noroeste del Valle de Toluca, formando parte del sistema Lerma-Chapala-Santiago, que desemboca en el Océano Pacífico.
10. El trasvase del Cutzamala abastece 16 mil litros de agua por segundo, de los 72 mil que necesita la ciudad de México. Más información en: <http://www.cimacnoticias.com/especiales/agua2006/bp18.htm>